This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

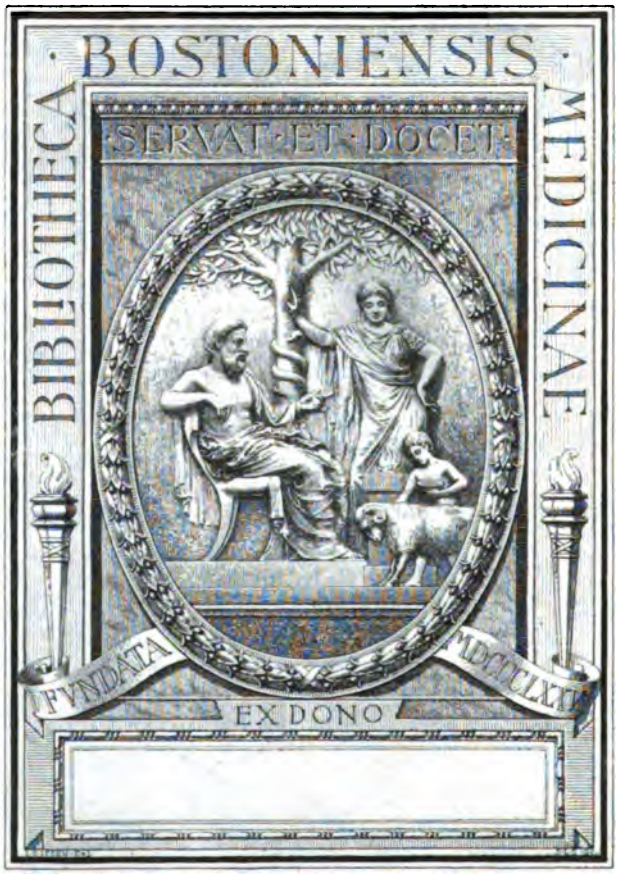
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FVNDATA
EX DONO

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDICO-CHIRURGICALE

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES
fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

—

1906

73e ANNÉE

Revue de Thérapeutique

MÉDICO-CHIRURGICALE

Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales, fondé en 1833 par le Professeur TROUSSEAU

COMITÉ DE DIRECTION

Prof. **BOUCHARD**
Membre de l'Institut,

Prof. **GUYON**
Membre de l'Institut,

Prof. **LANNELONGUE**
Membre de l'Institut,

Prof. **LANDOUZY**
Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Prof. **FOURNIER**
Membre de l'Académie de Médecine,

RÉDACTION

Dr **BENOIT**, ex-interne des hôpitaux
Dr **BERNE**, ex-interne des hôpitaux.
Dr **BLONDEL**, chef de lab. à la Charité.
Dr **CHASSEVANT**, prof. agr. à la Faculté
Dr **COURTADE**, anc. int. des hôpitaux.
Dr **DARIER**, ex-prés. de la Soc. d'opht.
Dr **DEMELIN**, accoucheur des hôpitaux.
Dr **DESCHAMPS**, anc. int. des hôpit.
Dr **LESAGE**, médecin des hôpitaux.
Dr **LYON**, ex-chef de clinique de la Faculté.
Dr **MOREL-LAVALLÉE**, méd. des hôp.
Dr **SAINTON**, ch. de cliniq. de la Faculté
Dr **THIERCELIN**, ch. de cliniq. de la Fac.
Dr **VOGT**, ex-assistant de la Fac. de Genève.

Dr **BERINI**. — Dr **PERCIVAL**. — Dr **DE HOLSTEIN**. — Dr **WYBAUW**.

Revue des Publications étrangères.

Rédacteur en Chef : Dr **RAOUL BLONDEL**
Chef de Laboratoire à la Charité, Lauréat de la Faculté, Secrétaire général adjoint de la Société de Thérapeutique.

Secrétaire de la Rédaction : Dr **E. VOGT**
Ex-assistant de la Faculté de Genève, Secrétaire de la Société de Thérapeutique.

1906

PARIS

ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER-BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1906

Tous droits réservés

BOSTON MEDICAL
OCT 4 1907
LIBRARY

CATALOGUED
OCT 4 1907
J. F. B.

OCT 4 1907
LIBRARY

9581

TRAVAUX ORIGINAUX

ACTION DES IODIQUES SUR LA CIRCULATION

Par le Pr Pouchet (1),

Membre de l'Académie de Médecine.

Rien n'a été plus discuté que l'action exercée par les iodiques sur l'appareil circulatoire, en raison de la diversité des circonstances dans lesquelles les expérimentateurs se sont placés.

Lorsqu'on aborde cette étude, il faut considérer d'une façon très absolue d'une part les résultats thérapeutiques, d'autre part les résultats physiologiques ou plutôt pharmacodynamiques obtenus avec les diverses préparations d'iode.

En effet, à doses thérapeutiques, l'iode et les iodures administrés à des individus sains ne modifient pas sensiblement leur tension sanguine. Au contraire, dans divers états pathologiques, ils provoquent un abaissement de la tension sanguine et des modifications importantes du rythme cardiaque, mais seulement dans des cas bien déterminés ; et à ces doses médicamenteuses l'action exercée par l'iode et les iodures est surtout le résultat des modifications que cet agent thérapeutique exerce sur le système lymphatique et sur le sang dont il diminue la viscosité, provoquant ainsi une amélioration de la circulation capillaire périphérique.

Dans tous les autres cas où l'iode et les iodures agissent comme hypotenseurs, c'est à la suite d'un commencement d'action toxique, et en produisant une action dépressive exercée directement sur le cœur lui-même et amenant une action perturbatrice sur les vaso-moteurs centraux.

Comme l'ont montré les expériences de de Cyon, Barbera, Laudenbach, comme le montrent également les tracés contenus dans la brochure « *l'iode et les iodiques* » que j'ai eu dernièrement l'honneur d'offrir à l'Académie, l'iode est un agent hypertenseur à doses thérapeutiques ; et, à doses fortes ou toxiques, un hypotenseur par suite de son action dépressive sur le cœur.

L'action est très différente suivant que l'on emploie l'iode à l'état libre ou en solution

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 26 décembre 1906.

[illegible]

ment et finalement le cœur s'arrête, contracturé, totalement inexcitable. Il ne faut pas en conclure que l'iode ne manifeste pas son action toxique à cette période, mais cette action est, en quelque sorte, masquée et pervertie par suite de l'action toxique plus énergique exercée par le potassium sur le système nerveux central.

Chez les animaux à sang chaud la scène est encore plus complexe; le potassium a le rôle prépondérant dans la première période, l'action de l'iode est prédominante dans les phases successives. Dès le début, il se produit une accélération passagère avec augmentation du nombre des pulsations cardiaques et diminution de l'énergie myocardique (phénomènes qui paraissent devoir être attribués à une influence irritante), puis on voit se produire rapidement une chute progressive de la tension, avec ralentissement des contractions cardiaques qui deviennent plus énergiques. A cette période, également passagère, fait suite une réascension de la pression sanguine, le ralentissement des contractions cardiaques et leur énergie restant presque constants; puis surviennent des alternatives d'accélération et de ralentissement.

Jusqu'ici l'influence du potassium est prédominante; mais bientôt l'action toxique de l'iode se fait jour; on assiste alors à un abaissement lent et progressif de la pression, les pulsations augmentent de nombre mais diminuent d'énergie. Un peu plus tard, l'accélération va en s'accentuant et l'énergie diminue encore ainsi que la pression sanguine; les oscillations de troisième ordre se manifestent, et la scène se termine d'une façon identique à celle décrite à propos de l'iode en solution dans l'iodure de sodium.

La première période (phase du potassium de Germain Sée) constitue donc la seule différence existant entre les effets de ces deux expérimentations. Les autres phénomènes indiqués par les divers expérimentateurs et en particulier par Henrijean et Corin sont des phénomènes d'irritation dus en grande partie à des modifications physico-chimiques des tissus et du sang par suite de l'emploi de solutions exagérément hypertoniques.

Il n'y a donc pas d'inconvénients à désigner cette première phase par la qualification de phase de l'alcali, mais en la restreignant au seul cas de l'emploi de l'iodure de potassium. Dans les autres cas, elle est inexacte, les troubles constatés parfois sont dus exclusivement à des phénomènes d'irritation et peuvent s'éviter en prenant certaines précautions opératoires. Pour synthétiser l'action de l'iode au point de vue purement pharmacodynamique, on peut, avec des doses toxiques, distinguer trois périodes au cours desquelles se constatent les modifications suivantes :

Tension artérielle et rythme. — Immédiatement, légère accélération, puis, la pression restant la même, on observe du ralentissement avec augmentation de l'amplitude. Ensuite, la pression ne variant pas sensiblement, on note une diminution d'énergie, le nombre des pulsations cardiaques restant d'abord à peu près invariable. Un peu plus tard, survient de l'accélération, accompagnée d'une diminution encore plus accentuée d'énergie, et une baisse assez considérable de la pression. Au cours de cette période, on voit apparaître les grandes oscillations traduisant les perturbations des vaso-moteurs : puis l'accélération s'accroît, la pression baisse de plus en plus. Survient enfin la période ultime de l'intoxication : l'arythmie, dernier effort du myocarde. Le cœur meurt en diastole, totalement inexcitable.

Tension artérielle périphérique. — La pression périphérique monte d'abord légèrement,

puis redevient normale, pour remonter ensuite de nouveau légèrement. Elle finit par baisser parallèlement à la tension artérielle centrale et à subir les mêmes variations.

Tension veineuse. — Pendant tout ce que l'on pourrait appeler la première et la seconde période, on observe une augmentation lente et progressive de la tension veineuse, qui ne commence à fléchir qu'à la période toxique, au moment où apparaît la diminution d'amplitude et d'énergie des contractions cardiaques.

Quel est donc le mécanisme de l'action des iodures ?

Avec des doses médicamenteuses et répétées, on constate un abaissement plus ou moins accentué et prolongé des tensions artérielles, veineuse et périphérique, avec une légère accélération et sans diminution marquée d'énergie. Peut-être faut-il trouver dans la fixation de l'iode par les albuminoïdes de l'organisme l'explication de cette action en apparence paradoxale. Nous verrons, en effet dans la suite, que les albuminoïdes iodés se conduisent absolument comme l'iodothyrine et possèdent des actions antagonistiques de celle de l'iode (que, par opposition, j'appelle *iode minéral*) sur le système nerveux central et le système nerveux extra-cardiaque en particulier.

Quoi qu'il en soit, dans ces conditions, les actions nerveuses exercées par l'iode et les iodures sont faibles et difficiles à mettre en évidence. Par contre, l'action lymphagogue de ces agents se manifeste très nettement : c'est à elle, c'est aux modifications subies par le sérum sanguin (concentration suivie de dilution, diminution de viscosité) qu'il faut surtout attribuer les modifications circulatoires lentes et progressives que l'on peut constater. C'est surtout dans l'amélioration de la circulation périphérique et dans l'augmentation de l'élimination urinaire qu'il faut chercher la clef de ce problème, en se souvenant que cette action hypotonique de l'iode ne se produit que lentement et au bout de plusieurs jours, avec des doses réellement médicamenteuses.

Avec des doses fortes, cette action hypotonique, comme l'a signalé de Cyon, se produit encore, mais par un tout autre mécanisme. C'est la dépression cardiaque due à l'action toxique de l'iode qui entre en jeu et vient contre-balancer et au delà l'action nettement hypertonique de l'iode, due à l'excitation du sympathique et des appareils vasomoteurs et à la dépression du pneumogastrique.

Cette action sur l'appareil circulatoire se produit de la même façon avec certains dérivés organiques de l'iode dans lesquels ce métalloïde fait partie intégrante de la molécule mais s'en dégage assez facilement sous l'influence des métamorphoses subies dans l'organisme par ces composés. Il faut alors que cette molécule soit dissociée dans l'organisme ; sans cela, comme on peut le constater avec l'iodoforme, la molécule agit pour son propre compte et l'iode n'intervient pas comme agent pharmacodynamique exclusif.

Avec les composés organiques, la décomposition se produit d'une façon lente et continue ; dans l'économie, l'iode est mis progressivement en liberté et utilisé de suite. L'action lymphagogue est moins prononcée, l'action circulatoire plus faible mais plus durable, et l'hypotension se produit plus facilement qu'avec l'emploi des iodures alcalins.

Ces faits ont pu être constatés en employant un noyau physiologiquement inactif mais devenant ensuite actif par fixation d'iode.

Tout autre est par contre l'action pharmacodynamique exercée par l'iode lorsqu'il est

en combinaison albuminoïde. Ces combinaisons sont excessivement instables, et même certaines d'entre elles, comme la peptone iodée, semblent n'exister qu'au moment même de leur préparation. Dans ces conditions, leur action physiologique est celle de l'iode et non celle des albuminoïdes iodés.

Ces albuminoïdes iodés peuvent être : soit naturels, comme ceux que l'on rencontre dans la glande thyroïde, ou comme la thyroïdine de Baumann qui en est le principal produit de décomposition, soit synthétiques.

J'ai réussi à préparer et à étudier au point de vue physiologique quelques-uns de ces derniers, et je suis arrivé à mettre en lumière quelques points intéressants.

Mais avant de nous attacher à l'étude de ces albumines iodées synthétiques, il nous faut dire quelques mots de l'iodothyrine. La glande thyroïde contient une certaine quantité d'albumines et de nucléines iodées qui renferment de 0,8 à 6 p. 100 d'iode. Parmi leurs produits de dédoublement se trouve l'iodothyrine de Baumann. La teneur en iode de cet albuminoïde augmente à la suite de l'ingestion d'iodures alcalins ajoutés à la ration alimentaire des animaux.

Sous le nom de thyréoglobuline, Oswald désigne une matière albuminoïde retirée du corps thyroïde, qui renferme 1,6 p. 100 d'iode. Comme tous ces corps albuminoïdes iodés elle est très facilement modifiée au contact de l'air et de la lumière et ne conserve pas toutes ses propriétés physiologiques. L'iodothyrine elle-même qui en est retirée s'altère également et perd tout ou partie de ses propriétés pharmacodynamiques et toxiques au bout d'un temps plus ou moins long, — ce qui explique que de Cyon ait pu obtenir par injections intraveineuses de ce produit des actions circulatoires analogues à celles provoquées par le suc de glande thyroïde fraîche, tandis qu'Hildebrandt et moi-même n'avons pu obtenir aucune modification du pouls et de la tension avec ce produit préparé depuis un certain temps.

A la suite d'une injection intraveineuse de suc frais de glande thyroïde, on voit d'abord se produire une ascension légère et passagère de la pression sanguine, sans changement de rythme, puis une chute plus ou moins brusque et intense, proportionnelle à la dose employée par kilogramme d'animal, accompagnée d'un ralentissement des contractions cardiaques avec augmentation de leur énergie. Puis, lentement, la pression remonte à la normale. Avec des doses fortes, à partir de la fin de la chute, on voit se produire de l'accélération cardiaque accompagnée d'une diminution d'énergie. Si la dose est assez considérable, on voit l'accélération se prolonger ultérieurement et augmenter même encore avec hypotension lente et continue.

Si, à la période d'accélération cardiaque, on pratique une nouvelle injection, la chute de la tension se produit comme précédemment, avec ralentissement et augmentation d'énergie des contractions cardiaques : puis la réascension s'opère de même et, lorsqu'elle est terminée l'accélération est moins intense qu'avant l'injection et l'amplitude plus considérable. Ce n'est que dans la suite, lorsque l'hypotension commence à se produire, que l'accélération et la diminution de l'énergie se font sentir de nouveau.

Comme l'ont montré Haskine et de Cyon, l'iodothyrine et le suc de glande thyroïde possèdent sur l'appareil nerveux extra-cardiaque une action antagonistique de celle de l'iode en nature et le mécanisme de leur action est complètement élucidé. Ils augmentent l'excitabilité des nerfs dépresseurs et des pneumogastriques quand celle-ci est normale

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

on voit se produire des irrégularités, et la mort du cœur arrive en systole avec le myocarde complètement inexcitable.

En outre de cette action sur l'appareil moteur, les albumines iodées exercent une action très nette sur le sang lui-même dont elles augmentent la coagulabilité.

On le voit donc, l'iode et les iodures d'une part, l'iodothyrine, le suc de glande fraîche, les albumines iodées d'autre part, ont une action précisément inverse sur le cœur et les appareils nerveux extra-cardiaques. Les premiers sont des hypertenseurs, les seconds des hypotenseurs à doses médicamenteuses. A doses toxiques, tous les deux provoquent des hypotensions par action dépressive sur le myocarde et par paralysie du système nerveux.

Les iodures ne doivent donc pas être considérés dans la pratique comme des médicaments cardiaques proprement dits; leur action circulatoire à dose thérapeutique n'est que secondaire et subordonnée à leur action sur le système lymphatique et le sang.

Les albuminoïdes iodés et les préparations thyroïdiennes sont difficilement utilisables dans la pratique, en raison de leur grande altérabilité, et leur emploi devrait être plus surveillé qu'il ne l'est à l'heure actuelle. Si leurs propriétés pharmacodynamiques et *vasculaires* s'atténuent dans de notables proportions, il n'en est pas de même de leurs propriétés toxiques, et leur action sur le système nerveux et la nutrition ont causé nombre d'accidents mis, le plus souvent, sur le compte de la maladie elle-même.

DE LA TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES PAR LES LIVRES

Mesures prophylactiques.

Par le Dr Albert Josias,

Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Dr Lop, chargé de cours à l'École de Médecine de Marseille, à l'occasion d'une double épidémie de rougeole et de scarlatine qui avait sévi dans les écoles municipales de cette ville, a signalé à l'Académie la nécessité de prendre à l'avenir des mesures générales prophylactiques pour empêcher la transmission des maladies contagieuses par les livres classiques dans la population scolaire.

Bien que les épidémies signalées par M. le Dr Lop aient peut-être d'autres causes, il n'est pas excessif en effet de suspecter les livres qui, suivant les règlements en vigueur dans les écoles primaires, passent de mains en mains d'une année à l'autre jusqu'à détérioration complète, sans qu'on ait pris à leur égard la moindre précaution antiseptique, alors que beaucoup d'entre eux ont dû appartenir à des enfants atteints de maladies contagieuses.

Mais la question se pose d'une manière plus générale. La propagation des maladies

BOSTON MEDICAL
OCT 4 1907
LIBRARY.

CATALOGUED
OCT 4 1907
J. F. B.

OCT 4 1907
LIBRARY

9581

TRAVAUX ORIGINAUX

ACTION DES IODIQUES SUR LA CIRCULATION

Par le Pr POUCHET (1),

Membre de l'Académie de Médecine.

Rien n'a été plus discuté que l'action exercée par les iodiques sur l'appareil circulatoire, en raison de la diversité des circonstances dans lesquelles les expérimentateurs se sont placés.

Lorsqu'on aborde cette étude, il faut considérer d'une façon très absolue d'une part les résultats thérapeutiques, d'autre part les résultats physiologiques ou plutôt pharmacodynamiques obtenus avec les diverses préparations d'iode.

En effet, à doses thérapeutiques, l'iode et les iodures administrés à des individus sains ne modifient pas sensiblement leur tension sanguine. Au contraire, dans divers états pathologiques, ils provoquent un abaissement de la tension sanguine et des modifications importantes du rythme cardiaque, mais seulement dans des cas bien déterminés ; et à ces doses médicamenteuses l'action exercée par l'iode et les iodures est surtout le résultat des modifications que cet agent thérapeutique exerce sur le système lymphatique et sur le sang dont il diminue la viscosité, provoquant ainsi une amélioration de la circulation capillaire périphérique.

Dans tous les autres cas où l'iode et les iodures agissent comme hypotenseurs, c'est à la suite d'un commencement d'action toxique, et en produisant une action dépressive exercée directement sur le cœur lui-même et amenant une action perturbatrice sur les vaso-moteurs centraux.

Comme l'ont montré les expériences de de Cyon, Barbera, Laudenbach, comme le montrent également les tracés contenus dans la brochure « *l'iode et les iodiques* » que j'ai eu dernièrement l'honneur d'offrir à l'Académie, l'iode est un agent hypertenseur à doses thérapeutiques ; et, à doses fortes ou toxiques, un hypotenseur par suite de son action dépressive sur le cœur.

L'action est très différente suivant que l'on emploie l'iode à l'état libre ou en solution

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 26 décembre 1905.

dans les iodures alcalins (en particulier dans l'iodure de sodium, l'iodure de potassium, ou bien l'iode en combinaison organique, et surtout l'iode en combinaison albuminoïdique.

Lorsqu'on injecte aux animaux de l'iode à l'état libre en solution dans de l'iodure de) sodium, on constate une légère accélération des contractions cardiaques, accompagnée d'une faible augmentation de la pression sanguine, sans changement appréciable de l'énergie cardiaque si l'on opère avec des doses médicamenteuses.

Si les doses sont fortes et deviennent toxiques, on voit alors se produire de l'accélération des contractions cardiaques avec abaissement de la tension sanguine, en même temps qu'une diminution de l'énergie de la contraction myocardique; un peu plus tard apparaissent des troubles de l'appareil vaso-moteur caractérisés par de longues et lentes oscillations de la pression, coïncidant avec des alternances d'accélération et de ralentissement des contractions myocardiques, dont l'énergie subit également des oscillations.

A une période plus avancée de l'intoxication, on voit se produire une exagération de ces phénomènes, puis l'accélération s'accroît, la pression sanguine tombe de plus en plus et, à la période prémortelle, on voit se produire des phénomènes d'arythmie. C'est la lutte ultime de l'élément myocardique.

Cette action dépressive, toxique, de l'iode sur le cœur peut être mise en évidence d'une façon très nette sur le cœur des animaux à sang froid. On voit d'abord se produire toute une série de phénomènes dus à l'action irritante, inévitable, de la substance sur le myocarde et les accélérateurs du cœur. Puis, lorsque cette action s'est atténuée, on voit survenir une période où l'iode agit, au contraire, comme tonique du cœur, et pendant laquelle s'effectue le retour à la normale avec légère exagération de l'énergie des contractions cardiaques. A doses faibles, cette action se maintient assez longtemps, puis tout rentre dans l'ordre; mais si les doses sont fortes et toxiques, cette période est de peu de durée et on assiste bientôt à des phénomènes de dépression cardiaque profonde; la contraction cardiaque s'effectue de plus en plus difficilement et n'est plus marquée que par une ligne légèrement sinueuse, et le cœur meurt totalement inexcitable.

Avec l'iodure de potassium les choses se passent un peu différemment, en raison de la présence du potassium dans la molécule. Germain Sée et Lapicque ont décrit dans l'action de ce sel sur l'appareil circulatoire deux phases distinctes : la phase de l'alcali et la phase de l'iode. Les phénomènes décrits par ces auteurs sont exacts, mais leur interprétation est défectueuse.

Lorsqu'on étudie l'action de l'iodure de potassium chez les animaux à sang froid, on voit se produire d'abord une phase de dépression circulatoire due à l'irritation causée par cet agent sur le cœur tout entier; puis plus tard, au contraire, une phase de renforcement des contractions cardiaques dont l'énergie devient de beaucoup supérieure à la normale, tandis que le nombre des contractions cardiaques est égal ou même légèrement supérieur au chiffre de l'état normal. Cette phase est due à l'action combinée de l'iode et du potassium, qui agissent tous deux comme toniques et stimulants. Mais à partir de cet instant c'est l'action du potassium qui devient prédominante, et l'on retrouve nettement les mêmes phénomènes que ceux provoqués par le chlorure de potassium dans les mêmes conditions.

L'énergie des contractions cardiaques persiste, mais on voit se manifester de l'arythmie : la fréquence des battements diminue, puis l'énergie elle-même décroit progressive-

ment et finalement le cœur s'arrête, contracturé, totalement inexcitable. Il ne faut pas en conclure que l'iode ne manifeste pas son action toxique à cette période, mais cette action est, en quelque sorte, masquée et pervertie par suite de l'action toxique plus énergique exercée par le potassium sur le système nerveux central.

Chez les animaux à sang chaud la scène est encore plus complexe; le potassium a le rôle prépondérant dans la première période, l'action de l'iode est prédominante dans les phases successives. Dès le début, il se produit une accélération passagère avec augmentation du nombre des pulsations cardiaques et diminution de l'énergie myocardique (phénomènes qui paraissent devoir être attribués à une influence irritante), puis on voit se produire rapidement une chute progressive de la tension, avec ralentissement des contractions cardiaques qui deviennent plus énergiques. A cette période, également passagère, fait suite une réascension de la pression sanguine, le ralentissement des contractions cardiaques et leur énergie restant presque constants; puis surviennent des alternatives d'accélération et de ralentissement.

Jusqu'ici l'influence du potassium est prédominante; mais bientôt l'action toxique de l'iode se fait jour; on assiste alors à un abaissement lent et progressif de la pression, les pulsations augmentent de nombre mais diminuent d'énergie. Un peu plus tard, l'accélération va en s'accentuant et l'énergie diminue encore ainsi que la pression sanguine; les oscillations de troisième ordre se manifestent, et la scène se termine d'une façon identique à celle décrite à propos de l'iode en solution dans l'iodure de sodium.

La première période (phase du potassium de Germain Sée) constitue donc la seule différence existant entre les effets de ces deux expérimentations. Les autres phénomènes indiqués par les divers expérimentateurs et en particulier par Henrijean et Corin sont des phénomènes d'irritation dus en grande partie à des modifications physico-chimiques des tissus et du sang par suite de l'emploi de solutions exagérément hypertoniques.

Il n'y a donc pas d'inconvénients à désigner cette première phase par la qualification de phase de l'alcali, mais en la restreignant au seul cas de l'emploi de l'iodure de potassium. Dans les autres cas, elle est inexacte, les troubles constatés parfois sont dus exclusivement à des phénomènes d'irritation et peuvent s'éviter en prenant certaines précautions opératoires. Pour synthétiser l'action de l'iode au point de vue purement pharmacodynamique, on peut, avec des doses toxiques, distinguer trois périodes au cours desquelles se constatent les modifications suivantes :

Tension artérielle et rythme. — Immédiatement, légère accélération, puis, la pression restant la même, on observe du ralentissement avec augmentation de l'amplitude. Ensuite, la pression ne variant pas sensiblement, on note une diminution d'énergie, le nombre des pulsations cardiaques restant d'abord à peu près invariable. Un peu plus tard, survient de l'accélération, accompagnée d'une diminution encore plus accentuée d'énergie, et une baisse assez considérable de la pression. Au cours de cette période, on voit apparaître les grandes oscillations traduisant les perturbations des vaso-moteurs : puis l'accélération s'accroît, la pression baisse de plus en plus. Survient enfin la période ultime de l'intoxication : l'arythmie, dernier effort du myocarde. Le cœur meurt en diastole, totalement inexcitable.

Tension artérielle périphérique. — La pression périphérique monte d'abord légèrement,

BOSTON MEDICAL
OCT 4 1907
LIBRARY.

CATALOGUED
OCT 4 1907
J. F. B.

OCT 4 1907
LIBRARY

9581

TRAVAUX ORIGINAUX

ACTION DES IODIQUES SUR LA CIRCULATION

Par le Pr Pouchet (1),

Membre de l'Académie de Médecine.

Rien n'a été plus discuté que l'action exercée par les iodiques sur l'appareil circulatoire, en raison de la diversité des circonstances dans lesquelles les expérimentateurs se sont placés.

Lorsqu'on aborde cette étude, il faut considérer d'une façon très absolue d'une part les résultats thérapeutiques, d'autre part les résultats physiologiques ou plutôt pharmacodynamiques obtenus avec les diverses préparations d'iode.

En effet, à doses thérapeutiques, l'iode et les iodures administrés à des individus sains ne modifient pas sensiblement leur tension sanguine. Au contraire, dans divers états pathologiques, ils provoquent un abaissement de la tension sanguine et des modifications importantes du rythme cardiaque, mais seulement dans des cas bien déterminés ; et à ces doses médicamenteuses l'action exercée par l'iode et les iodures est surtout le résultat des modifications que cet agent thérapeutique exerce sur le système lymphatique et sur le sang dont il diminue la viscosité, provoquant ainsi une amélioration de la circulation capillaire périphérique.

Dans tous les autres cas où l'iode et les iodures agissent comme hypotenseurs, c'est à la suite d'un commencement d'action toxique, et en produisant une action dépressive exercée directement sur le cœur lui-même et amenant une action perturbatrice sur les vaso-moteurs centraux.

Comme l'ont montré les expériences de de Cyon, Barbera, Laudenbach, comme le montrent également les tracés contenus dans la brochure « *l'iode et les iodiques* » que j'ai eu dernièrement l'honneur d'offrir à l'Académie, l'iode est un agent hypertenseur à doses thérapeutiques ; et, à doses fortes ou toxiques, un hypotenseur par suite de son action dépressive sur le cœur.

L'action est très différente suivant que l'on emploie l'iode à l'état libre ou en solution

(1) Communication faite à l'Académie de médecine dans la séance du 26 décembre 1905.

dans les iodures alcalins (en particulier dans l'iodure de sodium, l'iodure de potassium, ou bien l'iode en combinaison organique, et surtout l'iode en combinaison albuminoïdique.

Lorsqu'on injecte aux animaux de l'iode à l'état libre en solution dans de l'iodure de sodium, on constate une légère accélération des contractions cardiaques, accompagnée d'une faible augmentation de la pression sanguine, sans changement appréciable de l'énergie cardiaque si l'on opère avec des doses médicamenteuses.

Si les doses sont fortes et deviennent toxiques, on voit alors se produire de l'accélération des contractions cardiaques avec abaissement de la tension sanguine, en même temps qu'une diminution de l'énergie de la contraction myocardique; un peu plus tard apparaissent des troubles de l'appareil vaso-moteur caractérisés par de longues et lentes oscillations de la pression, coïncidant avec des alternances d'accélération et de ralentissement des contractions myocardiques, dont l'énergie subit également des oscillations.

A une période plus avancée de l'intoxication, on voit se produire une exagération de ces phénomènes, puis l'accélération s'accroît, la pression sanguine tombe de plus en plus et, à la période prémortelle, on voit se produire des phénomènes d'arythmie. C'est la lutte ultime de l'élément myocardique.

Cette action dépressive, toxique, de l'iode sur le cœur peut être mise en évidence d'une façon très nette sur le cœur des animaux à sang froid. On voit d'abord se produire toute une série de phénomènes dus à l'action irritante, inévitable, de la substance sur le myocarde et les accélérateurs du cœur. Puis, lorsque cette action s'est atténuée, on voit survenir une période où l'iode agit, au contraire, comme tonique du cœur, et pendant laquelle s'effectue le retour à la normale avec légère exagération de l'énergie des contractions cardiaques. A doses faibles, cette action se maintient assez longtemps, puis tout rentre dans l'ordre; mais si les doses sont fortes et toxiques, cette période est de peu de durée et on assiste bientôt à des phénomènes de dépression cardiaque profonde; la contraction cardiaque s'effectue de plus en plus difficilement et n'est plus marquée que par une ligne légèrement sinueuse, et le cœur meurt totalement inexcitable.

Avec l'iodure de potassium les choses se passent un peu différemment, en raison de la présence du potassium dans la molécule. Germain Sée et Lapicque ont décrit dans l'action de ce sel sur l'appareil circulatoire deux phases distinctes : la phase de l'alcali et la phase de l'iode. Les phénomènes décrits par ces auteurs sont exacts, mais leur interprétation est défectueuse.

Lorsqu'on étudie l'action de l'iodure de potassium chez les animaux à sang froid, on voit se produire d'abord une phase de dépression circulatoire due à l'irritation causée par cet agent sur le cœur tout entier; puis plus tard, au contraire, une phase de renforcement des contractions cardiaques dont l'énergie devient de beaucoup supérieure à la normale, tandis que le nombre des contractions cardiaques est égal ou même légèrement supérieur au chiffre de l'état normal. Cette phase est due à l'action combinée de l'iode et du potassium, qui agissent tous deux comme toniques et stimulants. Mais à partir de cet instant c'est l'action du potassium qui devient prédominante, et l'on retrouve nettement les mêmes phénomènes que ceux provoqués par le chlorure de potassium dans les mêmes conditions.

L'énergie des contractions cardiaques persiste, mais on voit se manifester de l'arythmie : la fréquence des battements diminue, puis l'énergie elle-même décroit progressive-

ment et finalement le cœur s'arrête, contracturé, totalement inexcitable. Il ne faut pas en conclure que l'iode ne manifeste pas son action toxique à cette période, mais cette action est, en quelque sorte, masquée et pervertie par suite de l'action toxique plus énergique exercée par le potassium sur le système nerveux central.

Chez les animaux à sang chaud la scène est encore plus complexe; le potassium a le rôle prépondérant dans la première période, l'action de l'iode est prédominante dans les phases successives. Dès le début, il se produit une accélération passagère avec augmentation du nombre des pulsations cardiaques et diminution de l'énergie myocardique (phénomènes qui paraissent devoir être attribués à une influence irritante), puis on voit se produire rapidement une chute progressive de la tension, avec ralentissement des contractions cardiaques qui deviennent plus énergiques. A cette période, également passagère, fait suite une réascension de la pression sanguine, le ralentissement des contractions cardiaques et leur énergie restant presque constants; puis surviennent des alternatives d'accélération et de ralentissement.

Jusqu'ici l'influence du potassium est prédominante; mais bientôt l'action toxique de l'iode se fait jour; on assiste alors à un abaissement lent et progressif de la pression, les pulsations augmentent de nombre mais diminuent d'énergie. Un peu plus tard, l'accélération va en s'accentuant et l'énergie diminue encore ainsi que la pression sanguine; les oscillations de troisième ordre se manifestent, et la scène se termine d'une façon identique à celle décrite à propos de l'iode en solution dans l'iodure de sodium.

La première période (phase du potassium de Germain Sée) constitue donc la seule différence existant entre les effets de ces deux expérimentations. Les autres phénomènes indiqués par les divers expérimentateurs et en particulier par Henrijean et Corin sont des phénomènes d'irritation dus en grande partie à des modifications physico-chimiques des tissus et du sang par suite de l'emploi de solutions exagérément hypertoniques.

Il n'y a donc pas d'inconvénients à désigner cette première phase par la qualification de phase de l'alcali, mais en la restreignant au seul cas de l'emploi de l'iodure de potassium. Dans les autres cas, elle est inexacte, les troubles constatés parfois sont dus exclusivement à des phénomènes d'irritation et peuvent s'éviter en prenant certaines précautions opératoires. Pour synthétiser l'action de l'iode au point de vue purement pharmacodynamique, on peut, avec des doses toxiques, distinguer trois périodes au cours desquelles se constatent les modifications suivantes :

Tension artérielle et rythme. — Immédiatement, légère accélération, puis, la pression restant la même, on observe du ralentissement avec augmentation de l'amplitude. Ensuite, la pression ne variant pas sensiblement, on note une diminution d'énergie, le nombre des pulsations cardiaques restant d'abord à peu près invariable. Un peu plus tard, survient de l'accélération, accompagnée d'une diminution encore plus accentuée d'énergie, et une baisse assez considérable de la pression. Au cours de cette période, on voit apparaître les grandes oscillations traduisant les perturbations des vaso-moteurs : puis l'accélération s'accroît, la pression baisse de plus en plus. Survient enfin la période ultime de l'intoxication : l'arythmie, dernier effort du myocarde. Le cœur meurt en diastole, totalement inexcitable.

Tension artérielle périphérique. — La pression périphérique monte d'abord légèrement,

puis redevient normale, pour remonter ensuite de nouveau légèrement. Elle finit par baisser parallèlement à la tension artérielle centrale et à subir les mêmes variations.

Tension veineuse. — Pendant tout ce que l'on pourrait appeler la première et la seconde période, on observe une augmentation lente et progressive de la tension veineuse, qui ne commence à fléchir qu'à la période toxique, au moment où apparaît la diminution d'amplitude et d'énergie des contractions cardiaques.

Quel est donc le mécanisme de l'action des iodures ?

Avec des doses médicamenteuses et répétées, on constate un abaissement plus ou moins accentué et prolongé des tensions artérielles, veineuse et périphérique, avec une légère accélération et sans diminution marquée d'énergie. Peut-être faut-il trouver dans la fixation de l'iode par les albuminoïdes de l'organisme l'explication de cette action en apparence paradoxale. Nous verrons, en effet dans la suite, que les albuminoïdes iodés se conduisent absolument comme l'iodothyrine et possèdent des actions antagonistiques de celle de l'iode (que, par opposition, j'appelle *iode minéral*) sur le système nerveux central et le système nerveux extra-cardiaque en particulier.

Quoi qu'il en soit, dans ces conditions, les actions nerveuses exercées par l'iode et les iodures sont faibles et difficiles à mettre en évidence. Par contre, l'action lymphagogue de ces agents se manifeste très nettement : c'est à elle, c'est aux modifications subies par le sérum sanguin (concentration suivie de dilution, diminution de viscosité) qu'il faut surtout attribuer les modifications circulatoires lentes et progressives que l'on peut constater. C'est surtout dans l'amélioration de la circulation périphérique et dans l'augmentation de l'élimination urinaire qu'il faut chercher la clef de ce problème, en se souvenant que cette action hypotonique de l'iode ne se produit que lentement et au bout de plusieurs jours, avec des doses réellement médicamenteuses.

Avec des doses fortes, cette action hypotonique, comme l'a signalé de Cyon, se produit encore, mais par un tout autre mécanisme. C'est la dépression cardiaque due à l'action toxique de l'iode qui entre en jeu et vient contre-balancer et au delà l'action nettement hypertonique de l'iode, due à l'excitation du sympathique et des appareils vasomoteurs et à la dépression du pneumogastrique.

Cette action sur l'appareil circulatoire se produit de la même façon avec certains dérivés organiques de l'iode dans lesquels ce métalloïde fait partie intégrante de la molécule mais s'en dégage assez facilement sous l'influence des métamorphoses subies dans l'organisme par ces composés. Il faut alors que cette molécule soit dissociée dans l'organisme ; sans cela, comme on peut le constater avec l'iodoformie, la molécule agit pour son propre compte et l'iode n'intervient pas comme agent pharmacodynamique exclusif.

Avec les composés organiques, la décomposition se produit d'une façon lente et continue ; dans l'économie, l'iode est mis progressivement en liberté et utilisé de suite. L'action lymphagogue est moins prononcée, l'action circulatoire plus faible mais plus durable, et l'hypotension se produit plus facilement qu'avec l'emploi des iodures alcalins.

Ces faits ont pu être constatés en employant un noyau physiologiquement inactif mais devenant ensuite actif par fixation d'iode.

Tout autre est par contre l'action pharmacodynamique exercée par l'iode lorsqu'il est

en combinaison albuminoïde. Ces combinaisons sont excessivement instables, et même certaines d'entre elles, comme la peptone iodée, semblent n'exister qu'au moment même de leur préparation. Dans ces conditions, leur action physiologique est celle de l'iode et non celle des albuminoïdes iodés.

Ces albuminoïdes iodés peuvent être : soit naturels, comme ceux que l'on rencontre dans la glande thyroïde, ou comme la thyroïdine de Baumann qui en est le principal produit de décomposition, soit synthétiques.

J'ai réussi à préparer et à étudier au point de vue physiologique quelques-uns de ces derniers, et je suis arrivé à mettre en lumière quelques points intéressants.

Mais avant de nous attacher à l'étude de ces albumines iodées synthétiques, il nous faut dire quelques mots de l'iodothyrine. La glande thyroïde contient une certaine quantité d'albumines et de nucléines iodées qui renferment de 0,8 à 6 p. 100 d'iode. Parmi leurs produits de dédoublement se trouve l'iodothyrine de Baumann. La teneur en iode de cet albuminoïde augmente à la suite de l'ingestion d'iodures alcalins ajoutés à la ration alimentaire des animaux.

Sous le nom de thyréoglobuline, Oswald désigne une matière albuminoïde retirée du corps thyroïde, qui renferme 1,6 p. 100 d'iode. Comme tous ces corps albuminoïdes iodés elle est très facilement modifiée au contact de l'air et de la lumière et ne conserve pas toutes ses propriétés physiologiques. L'iodothyrine elle-même qui en est retirée s'altère également et perd tout ou partie de ses propriétés pharmacodynamiques et toxiques au bout d'un temps plus ou moins long, — ce qui explique que de Cyon ait pu obtenir par injections intraveineuses de ce produit des actions circulatoires analogues à celles provoquées par le suc de glande thyroïde fraîche, tandis qu'Hildebrandt et moi-même n'avons pu obtenir aucune modification du pouls et de la tension avec ce produit préparé depuis un certain temps.

A la suite d'une injection intraveineuse de suc frais de glande thyroïde, on voit d'abord se produire une ascension légère et passagère de la pression sanguine, sans changement de rythme, puis une chute plus ou moins brusque et intense, proportionnelle à la dose employée par kilogramme d'animal, accompagnée d'un ralentissement des contractions cardiaques avec augmentation de leur énergie. Puis, lentement, la pression remonte à la normale. Avec des doses fortes, à partir de la fin de la chute, on voit se produire de l'accélération cardiaque accompagnée d'une diminution d'énergie. Si la dose est assez considérable, on voit l'accélération se prolonger ultérieurement et augmenter même encore avec hypotension lente et continue.

Si, à la période d'accélération cardiaque, on pratique une nouvelle injection, la chute de la tension se produit comme précédemment, avec ralentissement et augmentation d'énergie des contractions cardiaques : puis la réascension s'opère de même et, lorsqu'elle est terminée l'accélération est moins intense qu'avant l'injection et l'amplitude plus considérable. Ce n'est que dans la suite, lorsque l'hypotension commence à se produire, que l'accélération et la diminution de l'énergie se font sentir de nouveau.

Comme l'ont montré Haskine et de Cyon, l'iodothyrine et le suc de glande thyroïde possèdent sur l'appareil nerveux extra-cardiaque une action antagonistique de celle de l'iode en nature et le mécanisme de leur action est complètement élucidé. Ils augmentent l'excitabilité des nerfs dépresseurs et des pneumogastriques quand celle-ci est normale

ou diminuée ; cette action s'exerce surtout sur les extrémités périphériques de ces nerfs. Ils diminuent l'excitabilité des nerfs accélérateurs et vaso-constricteurs, par action directe sur le sympathique et également en renforçant leurs antagonistes. Je désire simplement attirer l'attention sur certains faits qui sont d'une application directe.

Le suc frais de glande thyroïde, conservé dans le vide à l'abri de l'air et de la lumière, ou conservé sous l'éther, perd très rapidement ses propriétés pharmacodynamiques sur l'appareil circulatoire sans pour cela perdre complètement son action toxique.

J'ai pu également constater que les extraits glycérinés des glandes thyroïdes possèdent une activité faible sur l'appareil circulatoire, et leur pouvoir toxique est notablement inférieur à celui du suc de la glande, toutes choses égales d'ailleurs. Il semble que le principe actif de la glande ne lui soit pas soustrait par la glycérine. En effet, une glande épuisée par la glycérine, puis lavée et reprise par une solution physiologique de chlorure de sodium, donne, par expression, un suc presque comparable comme activité à celui fourni par une glande non traitée.

Cette addition de glycérine à une glande fraiche ne suffit pas pour mettre les principes actifs à l'abri des altérations : elle continue à perdre tout ou partie de ses propriétés pharmacodynamiques. Ces faits permettent donc d'expliquer l'inconstance des préparations de glande thyroïde soit sèche, soit sous forme d'extraits ou de sucs injectables. Ils permettent également de déconseiller l'emploi de la glycérine pour la préparation d'extraits injectables et, en général, pour l'extraction des principes actifs de cette glande.

Les albumines iodées préparées en présence de bicarbonate de soude, puis dialysées et employées telles que, ou précipitées par l'alcool et redissoutes dans du sérum physiologique, sont identiques comme teneur en iode (1,6 p. 100) à la thyréoglobuline d'Oswald.

Leur instabilité est comparable à celle de cette substance. Au bout de quelques jours elles perdent, au moins en partie, leurs propriétés pharmacodynamiques et deviennent rapidement absolument inoffensives par injection ou ingestion.

Leur action pharmacodynamique est, en tous points, semblable à celle du suc frais de glande thyroïde.

Comme lui, ces albumines iodées provoquent de l'accélération du cœur, de la polyurie, des phénomènes d'excitation, puis le lendemain et les jours suivants surviennent des vomissements, des phénomènes de dépression, de l'amaigrissement rapide, de la paraplégie. Un peu plus tard la paralysie se généralise, avec perte des réflexes, et finalement l'animal meurt au milieu de convulsions cloniques.

A l'autopsie on trouve de l'hypérémie du foie et des reins, de la congestion des poumons, du cerveau, de la moelle et souvent des hémorrhagies du plancher du quatrième ventricule.

Sur la circulation les effets sont également tout à fait comparables à ceux produits par le suc de la glande fraîche. On retrouve la même période d'ascension passagère à laquelle fait suite la chute de pression, l'accélération et la diminution d'énergie cardiaque ; puis, à la fin de la chute, on voit se produire une période de ralentissement avec augmentation d'énergie, qui dure pendant la réascension de la pression. Lorsqu'elle est arrivée à son maximum, l'accélération se montre de nouveau. Puis progressivement survient de l'hypotension avec accélération croissante et diminution de l'énergie. A la période ultime

on voit se produire des irrégularités, et la mort du cœur arrive en systole avec le myocarde complètement inexcitable.

En outre de cette action sur l'appareil moteur, les albumines iodées exercent une action très nette sur le sang lui-même dont elles augmentent la coagulabilité.

On le voit donc, l'iode et les iodures d'une part, l'iodothyrine, le suc de glande fraîche, les albumines iodées d'autre part, ont une action précisément inverse sur le cœur et les appareils nerveux extra-cardiaques. Les premiers sont des hypertenseurs, les seconds des hypotenseurs à doses médicamenteuses. A doses toxiques, tous les deux provoquent des hypotensions par action dépressive sur le myocarde et par paralysie du système nerveux.

Les iodures ne doivent donc pas être considérés dans la pratique comme des médicaments cardiaques proprement dits; leur action circulatoire à dose thérapeutique n'est que secondaire et subordonnée à leur action sur le système lymphatique et le sang.

Les albuminoïdes iodés et les préparations thyroïdiennes sont difficilement utilisables dans la pratique, en raison de leur grande altérabilité, et leur emploi devrait être plus surveillé qu'il ne l'est à l'heure actuelle. Si leurs propriétés pharmacodynamiques et *vasculaires* s'atténuent dans de notables proportions, il n'en est pas de même de leurs propriétés toxiques, et leur action sur le système nerveux et la nutrition ont causé nombre d'accidents mis, le plus souvent, sur le compte de la maladie elle-même.

DE LA TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES PAR LES LIVRES

Mesures prophylactiques.

Par le Dr Albert Josias,

Membre de l'Académie de Médecine.

M. le Dr Lop, chargé de cours à l'École de Médecine de Marseille, à l'occasion d'une double épidémie de rougeole et de scarlatine qui avait sévi dans les écoles municipales de cette ville, a signalé à l'Académie la nécessité de prendre à l'avenir des mesures générales prophylactiques pour empêcher la transmission des maladies contagieuses par les livres classiques dans la population scolaire.

Bien que les épidémies signalées par M. le Dr Lop aient peut-être d'autres causes, il n'est pas excessif en effet de suspecter les livres qui, suivant les règlements en vigueur dans les écoles primaires, passent de mains en mains d'une année à l'autre jusqu'à détérioration complète, sans qu'on ait pris à leur égard la moindre précaution antiseptique, alors que beaucoup d'entre eux ont dû appartenir à des enfants atteints de maladies contagieuses.

Mais la question se pose d'une manière plus générale. La propagation des maladies

infectieuses par le livre, et les moyens proposés pour combattre ce danger longtemps inaperçu méritent d'arrêter notre attention.

Les observations qui ont été faites depuis quelques années sur les papiers, manuscrits ou imprimés, considérés comme agent de transmission des germes morbides, sont en effet très concluantes.

Il paraît certain que le charbon, le choléra, la peste, le typhus asiatique, la variole, la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, les affections puerpérales, la tuberculose, etc., peuvent être véhiculés de cette manière, et il ne sera pas sans intérêt de grouper ici les faits observés.

Depuis longtemps déjà, on a pris l'habitude en temps d'épidémie, de soumettre à des fumigations plus ou moins efficaces les objets de correspondance provenant des pays contaminés. Mais le premier fait caractéristique que nous ayons rencontré est celui d'une lettre adressée en août 1877 à une dame résidant avec sa fille dans une localité de Bretagne, absolument indemne de scarlatine, par son institutrice qui se trouvait alors en Allemagne. Elle lui apprend qu'elle vient d'avoir la scarlatine, qu'elle est convalescente, dans la période de desquamation, et que celle-ci est abondante, au point qu'elle doit à chaque instant secouer le papier sur lequel elle écrit, pour en faire tomber les squames. Quelques jours après, la mère et la fille avaient la scarlatine : la mère mourut et l'enfant ne fut sauvée qu'à grand'peine (1).

M. le Pr Brouardel, dans une intéressante conférence donnée à Nancy, en mars 1900, parle d'une épidémie de tuberculose qui s'est propagée (2) peu auparavant parmi les employés des archives de Kharkow, dans la Russie méridionale. Les médecins constatèrent que les bacilles de Koch pullulaient sur les pièces. Le préposé aux archives, tuberculeux à la dernière période, avaient l'habitude de tourner les pages au moyen de son pouce mouillé de salive.

Cette habitude, aussi funeste que malpropre, n'est que trop répandue dans les écoles et dans les bureaux, et en général chez les personnes qui n'ont pas le respect du livre. M. Albert Cim, dans son ouvrage intitulé *Une bibliothèque*, attribue un peu légèrement à cette manie le fait que la moitié des instituteurs de Paris est phtisique. Nous ne savons sur quelle statistique se fonde une affirmation si décourageante et sans nul doute exagérée singulièrement. Mais il n'en subsiste pas moins la nécessité de combattre sans relâche cette pernicieuse pratique. Un avis placardé sur le mur de la salle d'école, ou des salles de lecture dans les bibliothèques, pourrait donner, avant peu, de bons effets.

MM. les Drs Du Cazal, médecin principal, et Catrin médecin-major de 1re classe, au Val-de-Grâce, dans un article sur la contagion par le livre (3), ont recueilli quelques-uns des faits ci-dessus, et plusieurs autres : souillures microbiennes constatées sur des feuilles d'observations et des registres hospitaliers (d'après une thèse de Saint-Pétersbourg, 1894); contracture fébrile chez des personnes ayant manié des livres de la Bibliothèque et de la

(1) Sanné, in *Dictionnaire Dechambre*, 3e série, vol. XIV, p. 367. Le fait cité par le Dr Grasset (de Riom), in *Annales d'Hygiène publique*, 1895, II, p. 143, n'est pas moins probant : la lettre incriminée contenait des squames de 2 à 4 centimètres de diamètre.

(2) M. le Dr Brouardel (*La lutte contre la tuberculose*. J.-B. Baillière, 1901) dit que le personnel enseignant est cruellement décimé par le mal, non seulement dans les grandes villes, mais même dans les campagnes. Il est tel département où on voit rarement un instituteur dépasser l'âge de quarante ans.

(3) In *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895, IX, p. 865.

Faculté de Bordeaux, présence sur de vieux livres de staphylococcus pyogenes anciens, etc...

Sur la question de savoir si les livres qui ont été en contact avec des malades peuvent transmettre la contagion, ils concluent ainsi qu'il suit : Le streptocoque ne perd pas sa virulence, même au bout de plusieurs jours ; le microbe de la pneumonie, provenant des crachats, est moins virulent que le pneumocoque provenant du pus. La virulence du bacille de la diphtérie est atténuée au bout de quelques jours. Pour la tuberculose, les résultats ont été négatifs, avec des papiers chargés de bacilles de Koch. De même pour la fièvre typhoïde.

M. le Dr Knopf, de New-York (l'infection des livres par la tuberculose) (1), cite le fait de vingt commis du Bureau de Santé de Lansing, capitale de l'État de Michigan, qui succombèrent à la phtisie pulmonaire pour avoir manié des livres infectés par un de leurs collègues, qui mouillait ses doigts pour tourner les pages. Il ajoute que la toux sèche et l'éternuement peuvent aussi projeter sur les livres des gouttelettes bacillifères.

M. Arthur Krausz (sur le pouvoir infectieux et le procédé de désinfection des livres) (2) a fait des recherches sur cette question, à la demande de la Société nationale d'Hygiène, sollicitée par les libraires hongrois. Il a inoculé le péritoine de deux cobayes en se servant de livres contaminés, et ces animaux ont succombé à la péritonite.

Les expériences touchant la durée de la virulence des germes sur des feuilles de papier imprégnées de divers bouillons de culture ont donné les résultats suivants :

Vibrion cholérique	48 heures
Diphtérie	28 jours
Staphylococcus	31 —
Bacille d'Eberth	40 à 50 —
Bacille de Koch	103 —

Il conclut que la durée des vacances suffit en général pour rendre inoffensifs les livres des écoles. Cependant, quelques-uns de ces chiffres, s'ils sont exacts, donnent à réfléchir. Quant aux livres des cabinets de lecture, ou ayant servi à des malades dans les maisons particulières ou dans les hôpitaux, ils doivent être désinfectés ou détruits (3).

M. le Dr Barbe (4) cite les observations de Young et Knopf. Il a expérimenté lui-même sur des cobayes l'action d'un livre maculé avec des parcelles de crachats de phtisiques : les cobayes ont été sacrifiés deux mois après et reconnus tuberculeux.

Enfin, pour clore cette liste d'observations, nous citerons (d'après le *Mémorial de la librairie française*, 26 mars 1903) un article du *Publisher's Weekly* dénonçant le danger des livres de cabinets de lecture, et citant le fait d'une femme en couches, soignée avec le plus grand souci de l'antisepsie, par le Dr Max Bensinger (de Mannheim). L'enfant meurt au bout de treize jours avec de l'otite et des abcès cutanés. La mère voit aussi se former un abcès : on l'opère, mais diverses articulations se prennent et la mort survient subitement. C'était un cas de septicémie incontestable ; mais quelle pouvait en être la cause? M. Bensinger

(1) *Presse médicale*, Paris, 1900, I, p. 70.
(2) *Zeitschrift für Hygiene u. Infections Krankheiten*, 1901, XXXVII.
(3) Degrave. La Tuberculose dans les Bibliothèques. *Concours médical*, Paris, 1902, p. 297.
(4) *Presse médicale*, n° 68, 23 août 1902.

en gratte la couverture et quelques pages, et y découvre une abondance de streptocoques.

Il résulte de tout ce qui précède que le danger de la contamination par les livres est aujourd'hui généralement reconnu. Mais par quels moyens peut-on le combattre ?

Le plus radical et le seul dont l'efficacité soit certaine, c'est évidemment la destruction et elle s'impose quand il s'agit de volumes isolés et tout à fait incurables pour avoir séjourné entre les mains de personnes malades (1); mais ce remède paraîtra toujours trop héroïque quand il s'agit de toute une bibliothèque populaire, par exemple, ou d'ouvrages de prix, ou de livres de comptes, etc., qui doivent être conservés.

Voici, d'après la *Revue d'Hygiène et de Police sanitaires* (1894-96) à quelles mesures on s'est arrêté dans diverses localités de l'Angleterre et de l'Ecosse. A Edimbourg, les Directeurs de la Bibliothèque reçoivent chaque jour de l'Office sanitaire le relevé des cas de maladies infectieuses. On procède alors à une enquête, et si des livres ont circulé dans les maisons infectées, le Service de Santé les fait saisir et désinfecter ou détruire (notamment s'ils ont été entre les mains de varioleux). A Bradford, on procède de même. A Birkenhaed, également. Mais s'ils sont encore propres, on les envoie aux malades des hôpitaux atteints des mêmes maladies que les personnes qui les détenaient précédemment : procédé d'une économie plus ingénieuse que prudente ! A Londres, la densité de la population complique la difficulté du problème. Néanmoins, dans certains districts, on cesse de prêter des livres aux maisons signalées.

La note de M. le Dr Lop, citée au début de ce travail, propose au sujet des livres des écoles qu'il soit procédé, avant la rentrée des classes, à une désinfection générale des livres et cahiers ayant servi, qui doivent être distribués à de nouveaux élèves, et que la précaution soit prise, au cours de l'année scolaire, à l'égard des livres, cahiers et vêtements de classe de tout élève qui aura été atteint d'une maladie contagieuse.

On ne peut qu'appuyer ces vœux ; mais quels sont les moyens pratiques de procéder à la désinfection d'un grand nombre de livres sans les détériorer?

Il est évident qu'il faut proscrire tous les antiseptiques en solution et les fumigations sulfureuses : quant à la vapeur sous pression pendant une durée de quarante minutes, dont l'usage est préconisé par le Dr Krausz, celui-ci assure — ce qui nous paraît difficile à croire — qu'elle ne nuit pas aux pages des livres; mais il doit reconnaître que les reliures, particulièrement celles de peau, en sont fort endommagées.

M. Cuissart, bibliothécaire de la ville d'Orléans, dans une communication faite au Congrès international des bibliothèques (août 1900), recommande l'appareil du Dr Foucault, qui injecte, d'abord en jet, puis en pulvérisation, dans une boîte de chêne où sont placés les livres, un liquide d'une couleur rougeâtre, n'abîmant pas les livres et s'évaporant promptement. Mais la composition de ce liquide reste le secret de l'auteur. D'ailleurs il est évident que l'humidité est encore plus funeste aux livres que l'extrême chaleur.

Donc, si l'on écarte l'emploi de la vapeur surchauffée, de l'air chaud, des exhalations du brome, du chlore, du gaz hypochloreux, de l'iode, qui, tous, ont une action nuisible sur les livres, reste le procédé décrit, en 1894, par M. le Dr Miquel, directeur du laboratoire de bactériologie de la Ville de Paris (2).

(1) Dans les familles, hôpitaux, sanatoria, on peut ainsi sacrifier des revues à bon marché.

(2) Lehmann (Communication provisoire sur la désinfection des habits, livres, peignes, etc., par le formaldéhyde ; Munich, 1893) semble avoir la priorité, mais nous n'avons pu mettre la main sur ce travail.

Voici la description de ce procédé telle que nous la trouvons dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*, 1895, 6e série :

« Les solutions d'aldéhyde formique gazeux produites par la combustion de l'alcool méthylique dans des lampes spéciales détruisent non seulement les spores de la bactéridie charbonneuse, mais des spores infiniment plus résistantes, et en un mot tous les germes des schizophytes exposés à leur action à l'état sec.

« Les pulvérisations de liquides chargés d'aldéhyde doivent être rejetées, par crainte d'intoxiquer les opérateurs, et aussi parce que les solutions dites d'aldéhyde n'en contiennent que fort peu. Ce sont des solutions de paraldéhyde ou des combinaisons mixtes d'aldéhyde formique dans divers états de polymérisation, c'est-à-dire des produits toxiques.

Il faut donc activer la vaporisation du produit solide actif de l'aldéhyde formique et procéder ainsi qu'il suit :

« Dans une dissolution commerciale concentrée d'aldéhyde formique marquant 107 à 108 au densimètre, on dissout du chlorure de calcium cristallisé de manière à amener la liqueur à une densité voisine de 1,20, soit environ une partie de chlorure pour deux parties d'aldéhyde. Quel est le rôle du chlorure ? Est-ce d'entretenir l'humidité favorable à la vaporisation, ou de favoriser une sorte de dépolymérisation ? Toujours est-il qu'en l'absence de ce corps, la volatilisation du principe actif est beaucoup plus lente.

« Le prix de revient du litre de solution, qu'on peut préparer d'avance, est actuellement de 7 francs. Avec un litre on peut effectuer de vingt à trente désinfections pour le moins, dans un lieu clos de 1/2 ou 2/4 de mètre cube (1).

« On prend des bandes de toile d'une longueur et d'une largeur appropriées au local que l'on veut désinfecter. Les extrémités de ces bandes sont clouées sur deux mandrins munis à chaque bout d'un piton pour l'accrochage aux parois. La bande étant enroulée sur l'un des deux mandrins, est immergée dans un bac contenant la solution : on l'enroule lentement sur l'autre mandrin, de façon à l'humecter dans toutes ses parties, on la laisse un instant s'égoutter, on la déroule rapidement et on l'accroche horizontalement dans la pièce à désinfecter. Au bout de vingt-quatre heures, tous les microbes sont détruits ; il faut alors aérer, à cause de l'odeur âcre et insupportable des vapeurs d'aldéhyde. »

On comprend que ce procédé, ainsi que le remarque M. Maire (Manuel du Bibliothécaire) ne peut être d'aucun usage pour la désinfection générale d'une grande bibliothèque. Dans les cas ordinaires, on ne serait pas à la moitié de l'opération que les premiers livres désinfectés risqueraient d'être de nouveau contaminés. Mais pour les livres d'une école, par exemple, le procédé paraît fort pratique, et peut être appliqué, même en plein air, en se servant d'une armoire sans étagère ou d'une caisse *ad hoc*. On y dispose les livres entr'ouverts en éventail, sur un treillage ou un grillage ; on accroche au-dessous les bandes préparées comme il vient d'être dit, et on laisse les vapeurs se dégager. L'opération n'endommage pas les livres et détruit tous les germes morbides.

M. Young (Transmission des maladies infectieuses par le livre, *Sanatory Record*

(1) Treillat dit que 5 grammes suffisent pour désinfecter un mètre cube.

London, 1898, p. 562) dit que le contrôle des expériences antérieures a donné des résultats contradictoires ; néanmoins c'est encore l'évaporation de l'aldéhyde qu'on a expérimentée avec succès au Laboratoire d'Hygiène de l'Université de Pensylvanie. Il conclut donc que les livres peuvent être désinfectés dans un espace clos par des vapeurs de formol commercial, à raison de un centimètre cube de formol par 300 centimètres cubes de capacité. Les vapeurs agissent rapidement : au bout de quinze minutes l'effet est aussi complet qu'après plusieurs heures. Si même la désinfection n'a pas été complète, la vitalité des micro-organismes est tellement affaiblie qu'ils ne survivent que s'ils sont portés rapidement dans un milieu favorable.

M. Young dit avoir opéré sur des livres restés fermés, debout ou à plat. Néanmoins, il semble résulter des expériences de MM. les docteurs Barbe et Bernard, qu'il est nécessaire de mettre toutes les feuilles en contact avec les vapeurs, et M. le Dr Miquel, dans une lettre qu'il a bien voulu nous adresser, signale aussi cette nécessité et les difficultés de l'opération.

M. Barbe conseille de suspendre chaque volume au-dessous de la paroi supérieure du lieu clos, par la reliure relevée et maintenue au moyen d'une pince à ressort. On obtient ainsi, dans une certaine mesure, l'écartement des feuillets.

M. Knopf a imaginé à cet effet un petit instrument très simple, composé d'un très grand nombre de tiges métalliques, articulées sur la circonférence d'un morceau de bois en demi-cercle. Mais ceci n'est applicable qu'à quelques volumes isolés.

M. Barbe conclut d'ailleurs, de ses expériences, que la simple exposition du livre au-dessus de la formaline est insuffisante, et qu'il vaut mieux pulvériser cet antiseptique au moyen du pulvérisateur de Richardson, dont le bec passe à travers un orifice ménagé à la partie inférieure de la caisse renfermant les livres.

Si ce récipient est un peu vaste, au lieu d'un pulvérisateur à main, on se servira d'un autoclave formogène, fonctionnant au dehors, et dont le tube de dégagement des vapeurs pénétrera dans la paroi (1).

Mais, encore une fois, le procédé de pulvérisation humide doit être forcément nuisible aux livres qu'on y soumet.

Tels sont, jusqu'à ce jour, les moyens dont on dispose pour la désinfection des livres. On voit qu'ils demandent à être perfectionnés si on veut les appliquer à des ouvrages de valeur, en toute sécurité, et si on veut les appliquer en grand. Car si l'efficacité des vapeurs d'aldéhyde formique paraît démontrée, les difficultés pratiques subsistent, d'autant plus grandes qu'on a plus de volumes à traiter, puisqu'il est reconnu que tous leurs feuillets devront être en contact avec les vapeurs de formol. Mais pour une petite quantité de livres suspects, on fera toujours bien de recourir au procédé décrit par M. le Dr Miquel.

(1) M. Barbe recommande l'armoire à désinfection, dont le plan lui a été fourni par M. G. Ernest, architecte.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 décembre 1905.

Présidence de M. Yvon.

M. Danlos, répondant à M. Lafay au sujet de sa propre communication sur les *injections de biiodure additionné de subcutine*, fait remarquer que les houppes cristallines qui se forment dans les ampoules se redissolvent si on plonge ces dernières dans l'eau chaude. Quant au point de fusion variable, il ne l'est pas pour le produit pur, et le devoir du pharmacien est de s'assurer de la pureté du produit qu'il livre au client, non pas au moment où on lui apporte une ordonnance, mais au moment où il reçoit du droguiste sa provision de médicament.

L'orateur a fait des essais avec les solutions d'iodure double de mercure et potassium isotoniques; elles sont plus douloureuses que la solution Midy qu'il a expérimentée.

M. Lafay ne croit pas qu'il soit indifférent d'injecter, pendant vingt-cinq jours de suite, un anesthésique même à très faibles doses : en outre, si les cristaux se redissolvent dans les ampoules plongées dans l'eau chaude, ce phénomène ne se produit que dans les premiers jours : plus tard, le précipité ne se redissout plus.

M. Danlos répond que pour provoquer des intoxications avec la subcutine, il faudrait en administrer 120 grammes à la fois, dose environ 22.000 fois plus forte que celle qu'il injecte.

M. Dubois présente un appareil facilitant dans de grandes proportions les *injections rectales d'huile pure* : on sait que ces injections exigent un temps très long et une grande pression, encrassent les appareils, etc. Tous ces inconvénients sont supprimés avec le dispositif nouveau.

M. Chassevant lit une note sur la *solution chloroformique d'iode à 1/10e* : si on l'emploie en badigeonnages à la place de la teinture d'iode classique, on n'observe ni démangeaisons ni dermatite. Cela tient à ce que les solutions brunes d'iode ont sur la peau une action sclérosante, tandis que rien de pareil ne s'observe avec les solutions violettes, dans lesquelles l'iode se trouve dans un état allotropique différent.

M. Huchard, dans ses cliniques, recommande d'ajouter du chloroforme à la teinture d'iode, quand il faut la prescrire à l'intérieur. L'orateur se propose de supprimer entièrement l'alcool et de ne donner par voie stomacale que de la solution chloroformique d'iode, pour éviter tous les accidents irritants.

M. Vaudin fait une communication sur *les albumines iodées et en particulier sur l'iodo-maïzine*. On sait que les albumines iodées présentent des propriétés thérapeutiques remarquables. L'albumine de maïs pure, la maïzine, en se combinant à l'iode, donne une masse jaunâtre très hygroscopique, soluble dans l'eau, de goût amer, dans laquelle la molécule protéique n'est pas modifiée, ce qui n'est pas le cas pour les autres albumines iodées.

La tolérance est parfaite, et l'iodo-maïzine produit des effets remarquables dans l'emphysème, la syphilis tertiaire et toutes les affections justiciables du traitement iodé, à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 12 par jour.

MM. Raymond et Gautrelet présentent une note sur l'*action de la cure de Vichy sur la circulation* : il résulte de cette étude que les eaux de Vichy produisent une grande diminution de la tension artérielle, de la polyurie et une diminution de la densité des urines, permettant le fonctionnement plus énergique et le débit plus régulier du cœur, d'où l'action exercée par ces eaux sur les congestions des organes, et en particulier du foie et de la rate, qui sont richement irrigués.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Principe du traitement de la fièvre typhoïde, par WILLIAM EWART (*The Brit. med. J.*, 9 décembre 1905). — On admet généralement que le traitement de la maladie comporte deux indications principales : nourrir le malade, arrêter la maladie. Le régime est depuis longtemps d'une importance capitale. Le régime lacté seul est un compromis entre la diète et l'alimentation solide. La diète c'est-à-dire le jeûne est une méthode dangereuse qui ne doit être appliquée que pour les premiers jours de la maladie. L'alimentation solide mixte est une erreur plus dangereuse encore. Le régime lacté exclusif d'autre part n'est pas absolument inoffensif, surtout dans certains cas graves, et c'est ce qui fait que certains auteurs ont proposé de le remplacer par le petit-lait, qui ne laisse que peu de résidus, tandis que le lait charge les voies digestives de gros caillots qui servent d'aliments à la putréfaction intestinale. En dehors de l'alimentation on oublie souvent que les sels minéraux et les acides organiques contenus dans les fruits ne sont pas suffisamment représentés. Il faut alors ajouter au petit-lait par exemple un gramme de sel par demi-litre et donner des phosphates sous forme de sirop. Les acides organiques sont donnés sous forme de jus et de gelées de fruits, de gelée de pommes principalement. Les aliments azotés sont représentés par le petit-lait peptonisé et par du blanc d'œuf ajouté au petit-lait avant la peptonisation. Enfin on peut compléter ce régime par l'addition d'un jaune d'œuf distribué dans la journée. Les hydrates de carbone sont représentés par les sucres, saccharose et lactose, qui sont fermentescibles quoique bien tolérés, mais on peut leur préférer le miel clarifié qui ne fermente pas.

Parmi les substances grasses, la crème est la plus acceptable, on la donne seule ou ajoutée au petit-lait. 30 grammes par jour sont pour commencer une quantité suffisante.

Quant à la quantité d'aliments à permettre elle doit être très modérée les premiers jours. Un litre et demi de petit-lait salé peut être très suffisant, en y ajoutant de l'eau de boisson pure ou aromatisée. Peu à peu on augmente sa quantité, ainsi que celle du sucre, de l'albumine et de la crème suivant les renseignements fournis par l'inspection des selles.

Les stimulants ne doivent être donnés que d'une façon exceptionnelle, surtout l'eau-de-vie qui ne convient qu'aux malades qui ne peuvent prendre aucune nourriture et pendant très peu de temps.

Comme indications causales il faut combattre la fièvre et l'infection. Les antipyrétiques sont fortement tombés dans le discrédit comme inférieurs aux autres moyens antipyrétiques. Les antiseptiques encore employés par quelques-uns n'ont pas répondu à ce qu'on en attendait. Le calomel à petites doses répond à cette indication, sans qu'on puisse le dire très efficace. L'emploi de l'huile de ricin à ce point de vue est plus sûr, en ce qu'elle débarrasse l'intestin.

La propreté scrupuleuse n'est pas moins utile au malade qu'à son entourage. Les lavages soutiennent les fonctions cutanées et comptent parmi les meilleurs moyens antipyrétiques. La réfrigération peut s'obtenir d'ailleurs par l'air frais, par les lotions froides et par les bains froids.

L'hygiène intestinale fait partie des principes du traitement et consiste presque exclusivement à débarrasser le gros intestin des matières septiques qui s'y accumulent au moyen d'irrigations. L'existence des ulcérations crée un certain nombre d'indications qui sont de nettoyer les surfaces ulcérées, de les préserver de tout contact septique, de favoriser leur cicatrisa-

tion et de stimuler la circulation locale de manière à fournir les conditions de la réparation. Ces indications ne sont pas faciles à remplir. L'auteur rappelle les essais qu'on a tentés à ce point de vue avec la paraffine liquide et la poudre de charbon, notamment le noir animal qui jouit de la propriété de fixer les toxines.

L. JUMON.

Traitement de la fièvre typhoïde, par E. ENGLISH (*Med. Rec.*, 28 octobre 1905). — Lorsque les symptômes semblent indiquer chez un malade le développement d'une fièvre typhoïde, l'auteur fait mettre le malade au lit, lui faisant observer un repos absolu. Il supprime toute alimentation et ne permet que de l'eau bouillie ou du thé très léger sans lait. Il donne ensuite 60 centigrammes à 1 gramme de calomel ou même davantage si le malade se trouve encore dans la première semaine de la maladie. Huit heures plus tard il fait prendre 15 grammes de sulfate de magnésie. Après la purgation et lorsque l'estomac est redevenu tranquille il donne une dose de bromure aux malades nerveux ou anxieux. Si les malades sont vus après sept jours du début de la maladie ils ne prennent pas de calomel, mais de l'aloïne et de la podophylline qu'on peut faire suivre plus tard de six à huit doses de 10 centigrammes de calomel prises à une demi-heure d'intervalle. Comme boisson le malade prend alors de l'eau albumineuse sucrée ou non additionnée de jus de citron. Jusqu'à la fin de la troisième semaine il ne prend d'autre nourriture qu'une sorte de digestion de viande pulpée dans de l'eau acidulée avec de l'acide chlorhydrique et qu'on porte à une certaine température bien au-dessous de l'ébullition. Après la troisième semaine l'auteur autorise les œufs pochés, un peu de viande finement râpée, mais ni lait, ni biscuits.

La plus grande propreté est nécessaire, les cas de rechute étant probablement dus à la réinfection par le malade ou par la garde.

Le traitement médicinal spécial consiste dans l'emploi du phénol camphré ainsi préparé. A trois parties de camphre on ajoute une partie d'acide phénique cristallisé liquéfié par la chaleur. On filtre au bout de vingt-quatre heures sur du coton et on y ajoute un peu de camphre de manière à ce que la préparation soit toujours sursaturée de camphre. On donne alors dix à douze gouttes du liquide toutes les deux heures. Plus tard on diminue ou on espace les doses lorsque la température baisse et que la régularité de courbe est modifiée, on diminue les doses encore s'il y a des signes de dépression cardiaque. Il n'y a pas d'effets fâcheux à craindre sur les reins, parfois même on voit l'albuminurie disparaître sous son emploi. Une dose exagérée se manifeste d'abord par de la dépression cardiaque. Le phénol camphré abaisse la température, prévient la diarrhée, la tympanite et la douleur et hâte la guérison du malade.

Tous les deux ou trois jours l'auteur donne de l'aloïne et de la podophylline et de temps à autre un peu de calomel et de bicarbonate de soude. Le phénol camphré agit probablement comme désinfectant de l'intestin et du sang, tandis que le camphre stimule le sympathique abdominal. Son emploi n'exclut pas l'usage de la noix vomique, de la strychnine, de la digitale, de l'alcool ou d'autres traitements symptomatiques. L'auteur assure qu'avec ce traitement la mortalité est moindre et que le malade reprend plus tôt son travail. L. JUMON.

Traitement et prophylaxie de la scarlatine, par CAMPE (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 25 décembre 1905). — L'auteur a étudié l'action d'un sérum nouveau provenant de l'inoculation de toxines extraites des efflorescences épidermiques de scarlatineux, et obtenu par Marpmann, à Leipzig. Jusqu'à fin septembre 1905, 67 cas (avec 5 décès) ont été traités par le sérum nouveau. Dans 13 cas, les malades guérirent difficilement; presque toujours, la diphtérie vint compliquer le tableau clinique : dans 4 cas il eut albuminurie grave, dans 18 albuminurie passagère.

En général, on a constaté que la scarlatine évoluait d'une façon toute bénigne dans les cas où le sérum put être administré dès le début : la température baisse, l'angine diminue, le pouls se ralentit. A mesure que la scarlatine suit son cours, elle facilite l'infection par des infections secondaires (streptocoque), et il est compréhensible que dans ces conditions le sérum nouveau devienne insuffisant.

Le sérum a-t-il une action prophylactique ? Plus de 200 cas semblent le prouver; dans un cas, sur huit enfants, un seul fut atteint de scarlatine, les sept autres furent mis à l'abri de l'infection par les injections. On observa dans une série nombreuse de cas, chez les enfants immunisés, l'apparition, au bout de deux à trois jours, d'une poussée fébrile de peu de durée. Il y a lieu d'admettre qu'il s'agissait là d'une scarlatine avortée, apparue chez des enfants en puissance de scarlatine; le fait fut démontré par des injections de sérum faites à des enfants ne se trouvant pas dans des foyers épidémiques (120 cas), et chez lesquels le sérum ne provoqua aucune poussée fébrile de ce genre. Parmi les 200 enfants traités prophylactiquement, deux seulement furent atteints de scarlatine.

On a fait, dans les premiers mois, des injections hypodermiques : plus tard, on se contenta de l'administration buccale. L'auteur ne donne pas de renseignements sur les doses employées.

E. VOGT.

Traitement de la gangrène buccale, par le Dr GONZALEZ ALVAREZ (*Real Academia de Medicina de Madrid*, 11 mars 1905). — L'auteur, se basant sur les travaux de Siledei et Mautu concernant l'angine de Vincent et la présence du spiro-bacille dans la stomatite ulcéro-membraneuse et dans le noma, se décida à employer le traitement conseillé par ces auteurs dans quelques cas de gangrène de la bouche, avec la seule différence qu'il employa en solution le médicament que Siledei et Mautu appliquent en poudre.

Cette substance est le bleu de méthylène à 1 p. 100 en attouchements toutes les 4 ou 6 heures suivant l'intensité du mal.

Il cite trois cas de noma ; chez deux l'infiltration œdémateuse et la fétidité de l'haleine avaient disparu au bout de quarante-huit heures : le troisième malade est mort.

Le Dr Gonzalez croit que le spiro-bacille est la cause de l'angine de Vincent, de la stomatite ulcéro-membraneuse et du noma et que le bleu de méthylène guérit ces affections.

F. BÉRINI.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Sur le traitement du diabète, par JAMES TYSON (*Soc. méd. de Philad. Med. News*, 25 novembre 1905). — Si le traitement du diabète sucré a donné dans ces dernières années des résultats plus satisfaisants, cela tient à une pratique plus sévère en ce qui concerne l'analyse des urines et les prescriptions diététiques. Le premier point pour Tyson est de déterminer la capacité assimilatrice du patient à l'égard du sucre et de l'amidon, et la méthode la plus satisfaisante à cet effet consiste à donner une quantité déterminée d'aliments protéiques et d'hydrates de carbone et d'étudier l'urine pendant ce temps. La précision cependant n'est pas toujours nécessaire et il suffit de faire prendre comme déjeuner une tasse de café avec de la crème, mais sans sucre, deux œufs, un peu de pain et de beurre ; pour dîner, de la soupe sans légumes, de la viande et des légumes verts ; pour souper, une tasse de thé sans sucre et, si on le désire, des huîtres ou du bouillon sans lait ni pâtes. Le régime doit être maintenu pendant trois jours, on analyse alors les urines. L'absence de sucre montre la facilité du patient à assimiler les hydrates de carbone contenus dans l'alimentation permise. On augmente alors la quantité de la même espèce d'alimentation jusqu'à ce que le malade soit satisfait. Si d'autre part on trouve du sucre dans l'urine, le pain doit être réduit ou remplacé par le pain de gluten plus ou moins pur. Tyson croit que la crainte du coma diabétique résultant d'un régime trop exclusif a été exagérée. Il attribue beaucoup d'importance à la valeur de l'hygiène dans le traitement. Parmi les agents médicamenteux l'opium est le seul qui soit capable de réduire la quantité de glycose. Il préconise l'emploi de petites quantités de solution de Fowler et des toniques tels que le fer, la strychnine et les amers simples. Les alcalins sont mentionnés comme utiles, surtout pour combattre l'intoxication acide.

Hare, dans la discussion, a rappelé que les hydrates de carbone doivent être administrés au moment où l'acétonurie indique le danger du coma. La lévulose pourrait être utilisée chez le diabétique à la place du sucre.

Allison Scott pense que la glycosurie de la grossesse tient à la présence de la lévulose et non de la glycose, bien que la véritable glycosurie puisse exister dans la grossesse. Les goutteux, plus souvent que d'autres malades, sont glycosuriques, et dans les cas où les malades ont des dépôts tophacés dans les articulations, les diarrhées séreuses aiguës sont souvent suivies de soulagement, mais la glycosurie reparaît avec le régime ordinaire. Ces cas se comportent mieux avec un régime abondant qu'avec un régime restreint. Swan, à propos de l'emploi des hydrates de carbone dans le diabète, cite un exemple dans lequel le malade se servit de pain de seigle noir au lieu de pain blanc. Bien que ce pain contînt 73 p. 100 d'amidon, il n'y eut pas d'augmentation de la glycosurie. Le fait peut s'expliquer en ce que 10 p. 100 de l'amidon étaient convertis en dextrose. Enfin, Edsall a appelé l'attention sur la nécessité de surveiller la réaction de l'urine au point de vue du coma diabétique ; si l'ammoniaque dépasse 2 grammes en vingt-quatre heures, il faut réduire le régime et recourir aux alcalins à hautes doses.

L. JUMON.

Traitement de certaines phases de l'urémie, par ARTHUR EDWARDS (*Therap. Gazette*, 15 nov. 1905). — Le traitement de l'urémie ne

peut pas être systématique, car le mécanisme du syndrome n'est pas connu. Le traitement prophylactique et causal a une application très limitée et consiste à supprimer les aliments irritants, tous les excès, le surmenage, les infections, etc. Les reins sont soulagés par le repos dans la position horizontale. Le repos doit être absolu tant que le cœur est faible, l'urine rare ou l'œdème considérable. Le repos au lit ne diminue pas seulement la production des déchets qui s'éliminent par les reins, il protège la peau dont il dilate les vaisseaux, d'où des fonctions cutanées plus actives. Le repos psychique a d'autre part une certaine influence sur la marche de la néphrite. D'un autre côté l'exercice physique ne convient que pour suppléer au travail physique qui manque.

Le régime ne doit pas être irritant, il ne doit pas charger la circulation et il faut qu'il maintienne la nutrition. L'auteur rappelle qu'il ne faut pas juger de la gravité d'une néphrite par le degré d'albuminurie ni estimer l'amélioration par l'influence du régime sur l'albuminurie seule. Les graisses, le beurre, l'huile d'olive et l'huile de foie de morue, la crème, etc., ont une valeur alimentaire importante, mais l'alimentation ne doit être restreinte qu'en raison de l'action irritante qu'elle peut exercer sur les reins, il faut surtout maintenir la nutrition, particulièrement dans la néphrite parenchymateuse.

Le régime lacté a ses restrictions, le principal reproche à lui adresser est qu'il contient trop d'eau et surcharge la circulation. La viande n'est plus proscrite comme autrefois et von Noorden en permet en moyenne 100 grammes par jour, mais on doit s'en abstenir dans les menaces d'urémie. Au point de vue de la quantité des urines il n'y a pas de différence entre la viande rouge et la viande blanche. On ne doit pas permettre plus de deux œufs par jour. Les substances qui sont excrétées difficilement par les reins sont l'urée fournie par la viande, la créatine (bouillon de viande), pigments urinaires (dans l'hémoglobine), acide hippurique (certains fruits), phosphates (dans le lait), sulfates minéraux (viande); l'acide urique et les corps alloxuriques (glandes, thymus, ris de veau, foie, rein, café) sont, contrairement à l'opinion courante, rapidement éliminés.

Les chlorures doivent être évités dans la néphrite parenchymateuse avec œdème, c'est le régime déchloruré qui convient ici. Il faut éviter absolument le fromage, les radis, les oignons, la rhubarbe, les asperges, les épices, les sauces, les extraits de viande, le thé de bœuf et les alcools. Le thé et le café doivent être pris avec modération. L'ingestion de l'eau doit être limitée lorsque le cœur se distend facilement.

Parmi les médicaments il faut éviter les diurétiques, sauf lorsque l'œdème augmente et que l'urémie est menaçante.

Les purgatifs s'emploient ici pour éliminer les liquides et débarrasser l'intestin; il faut employer les drastiques avec prudence en raison de leur action irritante.

Les diaphorétiques éliminent plus facilement l'eau que les substances solides en dissolution, aussi ils peuvent favoriser l'urémie en concentrant le sang. On n'aura recours qu'au bain chaud, à l'air chaud et aux grogs, mais on rejettera la pilocarpine. L'auteur préconise les incisions pour faire écouler le liquide de l'œdème qui contient 1 à 2 p. 1000 d'urée; elles sont très utiles pour combattre l'urémie.

Dans les cas de tension sanguine élevée avec urémie menaçante on peut recourir aux vasodilatateurs, veratrum ou nitroglycérine, mais surtout à la saignée, qu'on fait suivre d'une injection saline rectale qui fait un lavage du sang. Les vomissements et la diarrhée ne doivent pas toujours être combattus, mais on peut recourir aux lavages de l'estomac. Les convulsions sont combattues par la morphine et le chloral. Quant au traitement chirurgical, on le discute encore.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac (*Soc. de chir.*, 8 nov. 1905). — M. CHAVANNAZ (de Bordeaux) a adressé à la Société une note sur deux cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac, accident signalé par M. Reynier, en dehors de toute opération sur le tube digestif. Dans le premier cas, il s'agit en effet d'une femme de 33 ans, ayant subi la myomectomie et l'ovariotomie, et qui mourut le 4e jour, les accidents ayant été immédiats. L'autre cas concerne une femme de 40 ans, prise de vomissements avec ballonnement du ventre plusieurs jours après une hystérectomie abdominale totale et salpingectomie pour fibrome et hémato-salpynx double. On lui fit des *lavages de l'estomac*, en même temps que des *injections sous-cutanées de sulfate de strychnine* dans le décubitus latéral droit. Cette *dilatation aiguë* doit être présente à l'esprit, si l'on veut pouvoir la diagnostiquer et la com-

battre. Cette complication méconnue se termine très fréquemment par la mort.

A. BENOIT.

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac (*Soc. de ch.*, 6 déc. 1905). — On s'est occupé de nouveau des accidents produits après une opération sur l'estomac, par la *dilatation aiguë*, accidents qu'il ne faut pas confondre avec ceux du *circulus viciosus*. Lorsqu'il ne s'agit que de dilatation, M. HARTMANN en vient à bout par un *lavage de l'estomac*, suivi de l'ingestion d'un quart de litre de lait. M. REYNIER dit qu'on peut voir cette dilatation se produire, même après une intervention plus ou moins distante, telle que la néphrectomie. M. TERRIER, dès qu'il se produit le moindre symptôme d'infection, fait immédiatement pratiquer le lavage de l'estomac.

A. BENOIT.

Cholécystite et appendicite (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1er décembre 1905). — On avait signalé récemment des cas de *cholécystite* ayant simulé l'appendicite, ce qui n'avait pas le mérite de la nouveauté. Voici une nouvelle observation communiquée à la Société par M. GOLDSCHMITT (de Strasbourg) : Une jeune fille ayant eu deux crises douloureuses dans la fosse iliaque fut opérée à la crise suivante. L'appendice fut trouvé sain. Les douleurs reparurent. Il y eut à ce moment des signes d'inflammation biliaire plus nets, dont le traitement médical vint à bout. M. SIREDEY n'accepte pas comme démontré que dans ce cas l'appendice n'ait pas été altéré, car il y eut simple examen macroscopique. M. Siredey pense donc qu'un appendice dont les lésions exigent, pour être révélées, le concours du microscope, est susceptible de causer de crises assez graves pour que le chirurgien intervienne. Nous enregistrons cette opinion comme reflétant l'état d'esprit actuel.

A. BENOIT.

Cure simultanée de l'appendicite et des hernies inguinales droites (*Gaz. des hôp.*, 13 nov. 1905). — Deux cas rapportés par M. SIEGEL, dont l'un dans le service de M. SCHWARTZ, l'autre opéré, par M. RICARD. L'auteur étudie la modification que subissent en se confondant les deux interventions. Il ne peut être question d'enlever dans une seule séance que des *appendices refroidis*, ayant conservé leur place normale. L'incision est celle, légèrement allongée, de la cure radicale ordinaire ; le sac séparé et disséqué, il faut pouvoir saisir l'appendice, après une brèche péritonéale suffisante, ou plutôt le cœcum, et on en fait l'ablation comme de coutume. La manœuvre est assez facile. (Il suffit de se souvenir combien fréquemment le cœcum apparaît de lui-même à l'ouverture des sacs, dans les hernies inguinales droites). On achève ensuite la cure radicale par le procédé de Bassini, en soignant particulièrement la réfection de la paroi postérieure du canal inguinal. L'auteur se livre à des considérations quelque peu théoriques sur la manière d'éviter les vaisseaux épigastriques qui entourent le pli falciforme. Seule la hernie la plus commune, l'oblique externe, peut être reconnue ; les deux autres variétés ne sont guère faciles à distinguer, au milieu de l'effondrement de la paroi. Il suffit donc de bien placer ses écarteurs et d'inciser dans une direction verticale autant que possible. En cas de blessure des vaisseaux, la ligature devra en être effectuée. Aucune éventration n'a été observée à la suite de ce mode d'intervention double.

S'il arrivait que la recherche de l'appendice n'aboutît pas, à cause d'adhérences ou de déplacement, après avoir terminé la cure radicale, il serait indiqué de faire une deuxième incision plus interne pour en faire l'ablation comme de coutume, sans risquer, en allongeant démesurément la première, de voir les fibres musculaires coupées perpendiculairement se rétracter et la suture devenir trop laborieuse.

A. BENOIT.

De l'anastomose iléo-rectale dans les cancers inopérables du rectum et de l'anse oméga (*Soc. de ch.*, 8 nov. 1905). — Comme suite au rapport de M. DEMOULIN sur les avantages de ces anastomoses comparées à l'anus artificiel, à citer de nouvelles observations où ces avantages sont assez discutés. M. DELAGÉNIÈRE (du Mans) a fait deux fois l'anastomose de l'iléon avec la partie supérieure du rectum. Il est nécessaire, fait-il observer, qu'il s'agisse d'une tumeur occupant la partie supérieure du rectum, faute de quoi on aurait de la peine à trouver un segment assez long pour y établir l'anastomose loin de la tumeur. Mais quels sont les résultats ? Chez des hommes de 59 à 62 ans, présentant des accidents d'occlusion, il y a eu dans le premier cas une survie de dix-sept mois et la mort est survenue par une occlusion nouvelle. Le second opéré est mort de cachexie au bout de cinq mois. Suivant M. QUENU, il est incontestable que les anastomoses iléo-cæcale et iléo-sigmoïdienne donnent de bons résultats. Mais elles ne conviennent qu'à un petit nombre de cas, celui de cancers haut situés, de nature scléreuse, non ulcérés et ne sécrétant pas de produits infectieux. Tel est aussi l'avis de M. TUFFIER, qui fait remarquer en outre que l'abouche-

ment colo-rectal est beaucoup plus difficile et plus dangereux que celui de l'iléon. M. HARTMANN a tendance à préférer l'anus artificiel, tel qu'on le pratique aujourd'hui, ayant observé qu'il est compatible avec une vie normale, comportant même l'équitation.

A. BENOIT.

Traitement de la tuberculose ganglionnaire du mésentère, par EDRED CORNER (*Treatment*, nov. 1905). — Les observations de Corner montrent que l'ablation des ganglions tuberculeux du mésentère peut être suivie d'un succès complet. Un cas montre même qu'il peut être dangereux d'attendre, car les ganglions tuberculeux semblent avoir entraîné une tuberculose miliaire généralisée. Comme les ganglions doivent former une masse palpable pour justifier le traitement chirurgical, il faut avoir soin de distinguer ces ganglions tuberculeux des tumeurs dues à la péritonite tuberculeuse. Un enfant atteint d'une tumeur abdominale mobile, non fécale, et d'amaigrissement, doit être soumis à une opération. Les ganglions tuberculeux du mésentère sont plus fréquents chez les enfants que chez les adultes. Trèves mentionne qu'il a opéré trois cas, dont un chez l'adulte, que beaucoup d'autres cas ont guéri après une simple incision exploratrice, comme la péritonite tuberculeuse. C'est chez l'adulte que Corner a le plus souvent trouvé la tuberculose des ganglions mésentériques, affectant les lymphatiques qui proviennent de l'appendice ou de la région iléo-cæcale. Un fait très curieux est que la suppuration de ces ganglions infectés est très rare. Le premier cas est celui d'un homme de quarante-un ans, qui souffrait de douleurs dans la région sacrée l'empêchant de s'asseoir. On pensa, après examen négatif du thorax et de l'abdomen, qu'il s'agissait de troubles fonctionnels. Cependant, comme l'état ne s'améliorait pas et que la radiographie avait indiqué une ombre qu'on attribuait à un calcul du rein, on fit une laparotomie exploratrice. L'appendice était très petit et atrophié, on l'enleva. En continuant l'exploration on trouva une masse située au niveau de la troisième vertèbre lombaire et du volume d'une grosse noix; c'était un ganglion caséeux qu'on incisa : on en vida le contenu et on fit le curettage des parois. Celles-ci furent alors invaginées avec des sutures à la soie. Le malade guérit et ne souffrit plus de ses douleurs. Dans un deuxième cas qui concerne un garçon de onze ans, l'opération fut faite pour une appendicite. Mais il existait en même temps de nombreux petits ganglions tuberculeux dans le mésentère de l'intestin grêle; on n'y toucha pas. Le malade guérit dans la suite. Chez un autre garçon le diagnostic hésitait entre des ganglions tuberculeux du mésentère et un sarcome. Un ictère intense avait obligé les parents à consulter un médecin. Après l'ablation des ganglions, l'enfant guérit et la jaunisse disparut.

Dans un quatrième cas les symptômes furent tels qu'on supposa l'existence d'une entérite tuberculeuse. Ici la tumeur avait le volume d'une boule de criquet : elle était adhérente au cæcum et au côlon ascendant et transverse. La plus grande partie de la tumeur fut enlevée, le reste fut curetté. L'enfant, âgé de six ans, guérit rapidement, même des troubles intestinaux, Comme dans le cas précédent il existait un ictère qui disparut après l'opération. Enfin l'auteur a opéré de la même manière un enfant de deux ans et neuf mois. L'état s'améliora un peu après l'opération, qui n'eut pas de suite ; mais quelques jours après l'enfant fut atteint de méningite tuberculeuse, et succomba en quelques semaines à la tuberculose miliaire généralisée.

L. JUMON.

Traitement des péritonites tuberculeuses séro-fibrineuses par la ponction suivie de lavages avec de l'eau stérilisée chaude, par M. BAYLAC (*Archives médicales de Toulouse*, 15 décembre 1905). — Après avoir rappelé que les pleurésies et les péritonites séro-fibrineuses sont habituellement des manifestations tuberculeuses atténuées, l'auteur énumère les diverses méthodes thérapeutiques en usage et s'élève énergiquement contre les injections intra-péritonéales de liquides antiseptiques, toujours dangereuses et quelquefois mortelles, comme le naphtol camphré ; il recommande la ponction suivie du lavage avec de l'eau stérilisée chaude à 43-45° qu'il a préconisée dès 1894 dans le traitement de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Par l'orifice du trocart qui a servi à l'évacuation du liquide ascitique, il fait pénétrer, à l'aide de l'appareil Potain, une ou plusieurs injections de huit à douze litres d'eau stérilisée à la température de 43-45°. On procure ainsi au malade les avantages de la laparotomie, sans l'exposer aux dangers de cette opération qu'il vaut mieux éviter, suivant M. Debove, lorsqu'elle ne s'impose pas. M. Baylac a traité ainsi quatorze cas de péritonite tuberculeuse, dix fois il a obtenu une guérison complète et de longue durée. Ce lavage n'a jamais déterminé d'accidents sauf quelques douleurs très vives dans les membres inférieurs dans un cas où la température de l'eau injectée fut un peu supérieure à 45°.

La même méthode a été appliquée au traitement de la pleurésie tuberculeuse séro-fibri-

neuse par M. Castaigne. M. Baylac pense que la ponction suivie de lavage avec de l'eau stérilisée chaude agit : en débarrassant la séreuse du liquide pleural ou ascitique, où pullulent les microorganismes, en déterminant une augmentation du nombre et de l'activité des leucocytes, en diminuant la virulence des bacilles de Koch, en augmentant la perméabilité des séreuses malades et en facilitant la résorption de leur épanchement.

La ponction suivie de lavage avec de l'eau stérilisée chaude est pour M. Baylac un excellent traitement que tout médecin est à même d'employer et qui est bien plus facilement accepté que la laparotomie.

L. JUMON.

Sur l'action nettement favorable des rayons X dans l'adénopathie tuberculeuse (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 novembre 1905). — M. BERGONIÉ a toujours obtenu dans cette affection une diminution considérable de la masse ganglionnaire, suivie d'une division de l'induration en lobules, en ganglions isolés, puis disparition de ces derniers, à l'exception d'une micropolyadénie légère dans les cas graves. Les effets ne sont pas fortuits, car chez des sujets possédant une double chaîne ganglionnaire cervicale, l'auteur a commencé par traiter l'un des côtés seulement : toujours, ce côté seul entra en régression.

Observe-t-on en cours de traitement des phénomènes d'intoxication? On ne constate rien de semblable.

L'auteur a reconnu en outre que, dans le stade initial de l'infection tuberculeuse, alors que l'anénopathie est limitée aux ganglions trachéobronchiques, on obtient des effets favorables indéniables. Cette affection rebelle devrait donc être, autant que faire se peut, combattue par les rayons X, dont le maniement est aujourd'hui si simplifié.

E. VOGT.

Tendinite du tendon d'Achille, par DEHANZ (*Centr. f. Chir.*, 2 décembre 1905). — L'auteur a observé des malades qui souffraient du talon surtout pendant la marche, à la suite de marches prolongées ou de chute sur les pieds. Les malades boitent nettement ou portent la pointe du pied fortement en dehors. Si l'on recherche le siège des douleurs, on le trouve non, comme dans l'achillodynie, sur le point d'insertion du tendon, mais sur le tendon même, qui est généralement épaissi. L'auteur croit qu'il s'agit ici d'un processus inflammatoire localisé dans le tendon, à la suite d'un fonctionnement exagéré exigeant la distension de ce tendon.

Le traitement est simple et efficace. Il faut garantir le tendon d'Achille de l'extension nécessitée par la marche. On y arrive facilement pas l'application d'un bandage de sparadrap. Le pied étant légèrement en flexion plantaire, on applique sur lui une large bande de sparadrap commençant à la base des orteils, allant sur la plante du pied et le talon jusque sur le mollet. Cette bande est fixée par des bandes circulaires de sparadrap et par une bande de mousseline. Le patient marche aussitôt sans douleur dans une bottine bien lacée pourvue d'un talon pas trop bas. Au bout de deux ou trois semaines de ce traitement, la douleur et le gonflement ont disparu.

L. JUMON.

Traitement des fractures condyliennes du tibia, par C. DAMBRIN (*Achiv. méd. de Toulouse*, 15 décembre 1905).— Les fractures condyliennes du tibia ne sont sans doute pas aussi rares qu'on le pense ; elles se reconnaissent surtout au siège précis de la douleur au niveau d'un des condyles, à la mobilité anormale, à la déviation du membre, à l'élargissement du plateau tibial mesuré au compas d'épaisseur. L'hémarthrose, qui n'est le plus souvent qu'un symptôme de fracture articulaire, gêne le diagnostic. Souvent encore, les fractures condyliennes ont pu être prises pour de simples entorses du genou. Le pronostic est toujours sérieux au point de vue fonctionnel. Si l'on immobilise trop longtemps l'articulation, si le massage et la mobilisation précoce ne viennent pas assouplir l'article, il en résulte des raideurs et une tendance à l'ankylose. Ces fractures doivent être traitées comme des fractures articulaires. Le traitement différera suivant qu'il existe ou non un déplacement des fragments. S'il existe un déplacement considérable du fragment condylien, on le ramènera à sa position normale à l'aide de pressions modérées. Ordinairement la réduction est difficile à obtenir et à maintenir ; il sera nécessaire d'appliquer un appareil plâtré.

S'il existe une déviation de la jambe en dehors ou en dedans, ou une subluxation du fémur, il faudra, après avoir corrigé la déformation, immobiliser le membre en bonne attitude, c'est-à-dire en extension, dans une gouttière plâtrée. L'immobilisation sera réduite au minimum, une vingtaine de jours suffiront et on passera au massage et à la mobilisation.

En dehors des cas dans lesquels on constate un déplacement ou une déformation marquée, l'immobilisation est discutable. Une gouttière en fil de fer, garnie d'ouate, suffira pendant quelques jours ; cette courte immobilisation fera

disparaître les douleurs et favorisera la résorption de l'épanchement; mais il faudra mobiliser très rapidement.

La compression ouatée et le massage font disparaître assez rapidement l'épanchement. Si l'hémarthrose est très abondante, on peut faire une ponction aseptique pour vider l'articulation. S'il persiste de l'œdème, de l'empâtement, on emploiera avec avantage la bande élastique, qui exerce une sorte de massage continu. Enfin on aura recours à la balnéation chaude locale. Dès que l'épanchement a disparu et que le genou a repris son volume normal, le malade peut se lever. L'électrisation est efficace pour combattre l'atrophie des muscles de la cuisse ou de la jambe.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Céphalalgie et thérapeutique, par F. UPSHUR (*Med. News*, 2 décembre 1905). — Bien qu'il n'y ait guère de question aussi banale que celle de la céphalalgie, il faut cependant reconnaître que ce symptôme déjoue souvent les prévisions thérapeutiques. Aussi l'auteur appelle l'attention sur ses causes, ses conditions d'existence et ses indications thérapeutiques rationnelles. Il y a d'abord des céphalalgies qui tiennent à l'intoxication médicamenteuse, à l'abus des spécialités dont la base est l'acétanilide ou tout autre dérivé du goudron, qui altèrent la composition du sang et dépriment la plupart des fonctions. La céphalalgie qui tient à un défaut d'accommodation siège au-dessus des sourcils, elle est plus persistante qu'intense et les drogues n'ont aucune influence. Si la céphalalgie tient à une lésion nasale, elle a souvent un caractère névralgique; le traitement doit être absolument local. La forme la plus fréquente de céphalalgie que le médecin ait à traiter est due à des troubles digestifs; la douleur siège à la voûte du crâne avec plus d'intensité au-dessus des sourcils. Un simple vomitif produira un rapide soulagement. La constipation détermine souvent des céphalées intenses que la régularité des selles dissipe. Celle-ci doit être obtenue bien plus par un régime convenable que par des médicaments. Souvent le foie est en cause, dans ce cas la douleur sourde siège à l'occiput. La céphalalgie qui tient à l'insuffisance rénale occupe tout le crâne; celle qui relève de l'uricémie est plutôt localisée dans les régions temporales et dans les orbites. Le traitement doit être hygiénique, sans être routinier, car il faut tenir compte ici des différences individuelles. Une des causes les plus communes de la céphalalgie est de cause réflexe et a son origine dans l'utérus et les ovaires. C'est de ce côté que doit alors porter l'effort du traitement. A la ménopause, la céphalalgie peut avoir diverses origines, mais en général elle cède à un exercice plus actif et à une bonne hygiène. Au contraire la céphalée de la neurasthénie cède au repos du corps et de l'esprit. Les céphalées qui tiennent à une affection organique de l'encéphale sont naturellement rebelles et souvent le soulagement ne peut être apporté que par un traitement symptomatique. Les dyscrasies sanguines déterminent des céphalées qui s'amendent avec l'affection causale. L'auteur, en donnant quelques indications, insiste sur deux points: la nécessité de faire un diagnostic exact avant de traiter ce symptôme très commun, et se garder d'employer empiriquement des préparations inconnues préconisées contre la céphalalgie.

L. JUMON.

Cas de myoclonus multiple, traitement, par DORSAY HECHT (*The Am. J. of the med. sc.*, décembre 1905). — Ayant observé un cas de cette affection, l'auteur a essayé divers traitements contre les mouvements spasmodiques. Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans qui fut atteint de cette affection après un violent excès alcoolique il y a trois ans. Les contractions spasmodiques devinrent générales dans la suite. L'auteur a essayé différents sédatifs et hypnotiques, mais presque toujours sans résultat apparent. Le bromure de sodium et les bromures associés à dose de 2 à 4 grammes et au-dessus n'ont jamais amené le calme, encore moins le sommeil. Les injections de bromhydrate d'hyoscine à la dose de 0,0003 n'ont eu absolument aucun effet sur les spasmes. La sulfate de morphine à la dose de 0,015 a été également inerte. L'hydrate de chloral à la dose de 0,60 par la bouche a eu une action sédative rapide là où tous les autres médicaments avaient échoué et 1 gr. 20 ont jugulé les contractions durant plusieurs heures. Mais le meilleur sédatif, supérieur à tous les autres a été l'eau-de-vie à raison de 30 grammes. Donnée seule, elle rétablissait le malade au bout d'une trentaine de minutes et lui permettait de se promener, d'écrire et de manger facilement. L'alcool ajouté aux médicaments mentionnés avait une action favorable lorsque le médicament donné seul était inefficace.

Dans le cas de Dana l'alcool n'a pas eu la moindre action. Clark et Prout remarquent

que les excès alcooliques excitent habituellement une série de contractions myocloniques alors que les petites quantités d'alcool diminuent souvent d'une façon marquée le myoclonus pendant un certain temps. Pour eux le chloral donné seul a peu d'action sur les contractions myocloniques, et il n'a pratiquement aucune valeur pour diminuer la fréquence ou la gravité des attaques épileptiques. Un quart ou un demi-litre d'eau-de-vie que le malade prit un jour en une demi-heure supprima partout les contractions spasmodiques presque pendant un jour entier. En résumé l'eau-de-vie ou le chloral ou les deux se sont montrés les seuls agents capables de supprimer ou de diminuer les spasmes musculaires. Mais en somme le malade partit non amélioré.

L. JUMON.

Résection du ganglion cervical supérieur dans le traitement des tics convulsifs (*Soc. de ch.*, 29 novembre 1905). — M. DELBET a cherché à établir la technique opératoire de la *sympathicectomie*. Par rapport au muscle sterno-cléido-mastoïdien, on peut choisir la voie antérieure ou la voie postérieure. La première, la plus directe, est très facile à suivre chez certains sujets. Mais elle présente chez d'autres des difficultés très grandes et doit être rejetée pour la voie postérieure. L'aspect du cordon, d'après ses recherches cadavériques, est souvent anormal, comme dans le cas cité dernièrement par M. Poirier. Si l'on se contente alors de couper le sympathique, le résultat est nul ou insignifiant. Ce qui démontre, dit M. Delbet, que l'ablation du ganglion cervical supérieur a une action spécifique sur la guérison des tics douloureux et convulsifs.

A. BENOIT.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

Quelques remarques à propos des injections intratrachéales, par COLLEVILLE (*Union Méd. et Scient. du Nord-Est*, 19 septembre 1905). — Pour montrer la facilité de résorption des liquides par la muqueuse des voies respiratoires, l'auteur rappelle les expériences d'Alfort où l'on a dû injecter 32 litres d'eau pour asphyxier un vieux cheval trachéotomisé (1816). Colin put injecter 6 litres d'eau tiède par heure. Chez l'homme, c'est surtout pour combattre la tuberculose que les injections médicamenteuses intratrachéales ont été pratiquées ; les solutions aqueuses sont beaucoup plus vite absorbées que les solutions huileuses ; Dor et Mendel ont constaté que ce n'est qu'au bout de quinze jours que les poumons sont débarrassés de l'huile provenant d'une injection.

Au lieu de faire l'injection avec le secours du miroir laryngoscopique, Mendel préconise un procédé qui permet de s'en passer ; il part de ce principe que le larynx peut être comparé à un entonnoir dont la glotte constitue l'orifice unique et que tout liquide projeté contre la paroi postérieure ou latérale du pharynx doit s'y rendre si le malade ne fait pas de mouvement de déglutition.

Des objections ont été présentées sur la réussite de ce moyen d'injections, par Chauffard et Gley, par Viollet.

Marengos pousse l'injection à travers une sonde de gomme introduite dans une fosse nasale jusqu'au pharynx.

On peut arriver à injecter des liquides sans le secours d'un guide en suivant la technique de Mendel, modifiée de la façon suivante : la langue étant maintenue tirée au dehors, la canule de la seringue est introduite dans la bouche en rasant la voûte palatine ; la courbure appuyant sur le pilier antérieur gauche, on ramène la canule vers la ligne médiane en laissant descendre dans le larynx l'extrémité inférieure de la sonde et en appuyant légèrement on sent l'extrémité franchir la glotte.

La voie endolaryngée pour l'administration des médicaments est plus active, plus rapide que la voie digestive qu'il y a souvent intérêt à ménager.

Le topique produit les mêmes résultats locaux et généraux qu'employé par les autres modes d'administration. Il est préférable de faire dissoudre le médicament dans l'eau, si c'est possible.

A. COURTADE.

Traitement de la sténose laryngée diphtérique (*Therap. Monatshefte*, décembre 1905). — HECHT recommande dans certains cas les opiacés : si le pouls est plein, qu'il n'y a pas de trace de myocardite, cette médication amènera en vingt-quatre heures la disparition de la sténose et toute intervention pourra être évitée. Une autre condition consiste dans l'absence de fausses membranes : pour l'auteur les cas de ce genre sont fort nombreux et la sténose est alors causée par un œdème inflammatoire aigu. On pourra, en dehors des opiacés et des injections de sérum antidiphtérique, faire un spray à base de cocaïne-adrénaline, dont voici la formule :

Chlorhydrate de cocaïne...	0 gr. 12 à 0 gr. 20
Solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 °/₀₀.....	2 gr. 65
Antipyrine.....	4 »
Glycérine..... } Eau distillée de menthe poivrée..... }	ââ 24 »
Eau distillée ad.....	180 »

Us. Ext. — A employer trois ou quatre fois par jour. E. VOGT.

Prophylaxie des sténoses laryngées consécutives à l'intubation et à la trachéotomie, par V. RANKE (*Munch. med. Woch.*, 17 octobre 1905). — L'auteur est convaincu que la cause des sténoses cicatricielles du larynx ne tient pas à une ulcération due à la pression, mais bien plutôt à ce que le larynx après l'application de la canule trachéale est soustrait à l'influence dilatatrice du courant aérien, ce qui fournit l'occasion des cicatrices rétractiles. Si l'on ne peut absolument se passer de la trachéotomie secondaire, il faut s'efforcer de ne laisser la canule trachéale que le moins de temps possible et chercher à utiliser le plus possible pour la guérison des ulcérations et la prophylaxie des sténoses cicatricielles l'influence dilatatrice de la respiration sur le larynx. L'auteur ne laisse de canule en place que deux ou trois jours et cherche à maintenir la plaie ouverte en réintroduisant la canule pendant peu de temps. S'il ne réussit pas, il a recours encore à une intubation passagère. Depuis qu'il ne laisse la canule que deux ou trois jours et qu'il cherche ensuite à l'enlever coûte que coûte, il n'a observé aucun cas de sténose persistante du larynx après la trachéotomie secondaire.

L. JUMON.

Traitement des affections laryngées de la fièvre typhoïde, par JACKSON (*The Am. J. of the med. sc.*, novembre 1905). — Dans les cas de laryngite ulcéreuse constituant les lésions spécifiques typhiques comme dans celles qui sont dues à des embolies, des thromboses ou une infection pyogénique, la prophylaxie est inutile. Cependant avec de la surveillance et des soins aucun cas d'ulcération n'ira jusqu'à la nécrose des cartilages et à la sténose laryngée. Ces derniers accidents surviennent dans les cas qui sont soignés tardivement, lorsqu'il existe de l'infection buccale et qu'il est survenu de grandes destructions de tissu en raison du retard apporté dans la trachéotomie.

L'air doit être aussi dépourvu que possible de microbes pyogènes, on doit éviter les courants d'air. Les matelas et les oreillers doivent être stérilisés. L'asepsie buccale est une des premières conditions à assurer ; les dents seront brossées avec une solution de borax, de bicarbonate de soude, de menthol et d'eau camphrée. Le spray nasal n'est nécessaire que lorsqu'il y a une tendance à l'accumulation de sécrétions desséchées ou de croûtes. Habituellement le drainage postérieur naturel du nez favorisé par le décubitus dorsal est suffisant pour entretenir la propreté des fosses nasales.

Dans les cas syphilitiques le traitement spécifique a donné de prompts résultats. Les inhalations de benjoin avec de l'eau chaude sont utiles. On peut pulvériser dans la chambre de l'eau chaude dans laquelle on a ajouté de la teinture de benjoin.

Dans les sténoses œdémateuses aiguës une solution d'adrénaline à 1 p. 1000 employée en spray est utile pour gagner du temps et surmonter une phase dangereuse, mais il peut d'autre part être dangereux de trop retarder une trachéotomie devenue inévitable. L'intubation est inutile dans l'œdème.

Sur cinq cas de sténose cicatricielle, trois ont été traités par la thyrotomie, suivie d'intubation. Aujourd'hui la voix est bonne, la lumière laryngée est suffisante et les plaies ont vite guéri.

Si l'on surveille étroitement les malades et si l'on fait la trachéotomie de bonne heure, on peut éviter la nécrose, la difformité du larynx, la sténose et l'altération de la voix. Toutes les lésions disparaissent comme par enchantement après une trachéotomie précoce.

Il est facile de porter des médicaments dans le larynx à travers la plaie trachéale bien que les cas semblent guéris promptement sans médication après que la trachée a été ouverte. Les abcès peuvent être incisés par l'intérieur du larynx, mais il est préférable de faire la trachéotomie avec incision subséquente de l'abcès à travers la plaie. La trachéotomie est pratiquement inoffensive avec l'anesthésie locale, si on la fait sans hémorrhagie, si l'on met le malade pendant l'opération et un jour après dans la position de Trendelenburg. La trachéotomie est dangereuse avec l'emploi d'un anesthésique général.

En résumé, l'auteur regarde l'iodure de potassium, le biiodure de mercure, les inhalations de benjoin et l'antisepsie buccale comme les meilleurs moyens à opposer à l'affection. La trachéotomie précoce avec l'anesthésie locale sera suivie de la guérison de presque tous les cas. L. JUMON.

Traitement des inflammations de l'amygdale par les appareils à ventouse, par OSCAR PRYM (*Munch. med. Woch.*, 28 nov. 1905). — L'emploi

des appareils à aspiration expérimentés par Klapp dans les inflammations a donné de bons résultats qui ont engagé l'auteur à essayer aussi l'aspiration dans les amygdalites. L'instrument se compose d'une petite ventouse reliée par un tube de caoutchouc aboutissant à une poire en caoutchouc. La ventouse s'applique par un bord libre qui est assez large pour circonscrire toute l'amygdale. Une bonne application ne doit pas être douloureuse et la ventouse est bien supportée même dans l'angine aiguë. La seule incommodité résulte du flux salivaire, mais on l'évite en faisant coucher le patient sur le côté, de façon à faciliter cet écoulement. La ventouse d'un petit numéro est placée sur l'amygdale en déprimant la langue avec le doigt et on la laisse en place cinq minutes, en renouvelant l'application plusieurs fois par jour. On nettoie la ventouse avec du lysol et de l'eau et on la fait bouillir avant l'emploi. Le ballon de caoutchouc est nettoyé avec une solution de lysol et de sublimé. Cette méthode n'a eu des inconvénients dans aucun cas, et, si elle est d'une certaine incommodité pour le patient, celui-ci l'oublie en raison du soulagement qu'il éprouve immédiatement après l'application. Le soulagement est très marqué surtout dans les cas où l'aspiration amène une imbibition de l'amygdale, dont il s'écoule un liquide trouble. Le soulagement persiste plusieurs heures. Dans un cas d'angine chronique, l'application de la méthode a procuré la guérison définitive. Par contre, elle n'a pas donné de résultat dans l'hypertrophie des amygdales.

L. JUMON.

Œdème angioneurotique des voies respiratoires supérieures, par THOMAS H. HALSTED (*The Am. J. of the med. sc.*, novembre 1905). — L'œdème circonscrit angioneurotique de la muqueuse des voies respiratoires dont l'auteur décrit plusieurs cas survient subitement en quelques minutes sans prodromes au moment où le malade s'endort ou se réveille ; les symptômes sont surtout dus à l'obstruction mécanique. Lorsque l'œdème survient dans la muqueuse nasale, on fait généralement le diagnostic de l'hay fever qui lui ressemble beaucoup au point de vue de l'étiologie et de la pathologie. L'œdème qui affecte le larynx devient immédiatement une affection sérieuse qui survient généralement pendant le sommeil. Il est probable qu'un certain nombre de morts subites survenant pendant la nuit sont dues à cette cause. Il existe pour cette affection plusieurs facteurs étiologiques. L'hérédité est très nette dans quelques cas. On a incriminé la goutte et le rhumatisme, certaines causes toxiques provenant des aliments, l'exposition au froid, l'influence de certaines émotions, enfin les injections d'antitoxine peuvent déterminer cette forme d'œdème localisé, de même qu'elles produisent des éruptions cutanées.

Le traitement de l'œdème angioneurotique affectant les voies respiratoires supérieures peut être divisé en traitement des attaques aiguës suivant les symptômes, il consiste à soigner toute affection locale capable de déterminer la localisation des lésions ou de l'œdème dans les voies respiratoires. Mais chaque cas doit être traité suivant les indications particulières fournies par l'état constitutionnel.

Le traitement des œdèmes localisés dans la gorge, le pharynx et le larynx dépendra de la gravité des symptômes. L'auteur a employé à la fois l'adrénaline et la cocaïne en application locale avec un résultat réel, et dans plusieurs cas graves des scarifications sur les œdèmes du pharynx et du larynx. Si la dyspnée s'accroît et compromet l'existence, il faut procéder sans hésitation ni retard à la trachéotomie. Il est probable que la glace en application locale est contre-indiquée et peut favoriser les œdèmes. Delbril préconise les frictions énergiques de la peau afin d'amener une attaque d'urticaire lorsque l'œdème est localisé dans le larynx. Le repos au lit, le calme sont importants. Il s'agit en effet de sujets névropathes et tout sentiment d'angoisse peut précipiter la terminaison fatale. A l'intérieur les laxatifs et les alcalins seront donnés pour réduire l'hyperacidité habituelle des urines et augmenter leur quantité. Dans un cas un malade était averti de l'approche de l'attaque par l'hyperacidité des urines et il constatait que les sels de lithine diminuaient la fréquence et la gravité des accès.

L. JUMON.

La cure radicale des pansinusites de la face, par J. BROECKAERT (*Ann. de la Soc. de Médec. de Gand*, 4e fasc., 1905). — Dans les pansinusites rebelles, la cure radicale s'entend du procédé qui supprimera complètement tout le foyer septique et écartera toute crainte de récidive, comme cela a lieu pour l'évidement pétro-mastoïdien.

Après une exposition très sommaire des procédés déjà employés, l'auteur indique la technique opératoire à laquelle il s'est définitivement arrêté :

1er TEMPS. — *Incision des parties molles.* — L'incision commence le long du rebord orbitaire, à l'union du tiers externe avec le tiers moyen, contourne l'angle interne de l'œil, descend sur la face latérale du nez, en suivant le sillon nasogénien et circonscrit l'aile du nez.

2e TEMPS. — *Rabattement des parties molles.* — Le lambeau cutanéo-périosté est décollé à la rugine, mettant à nu l'os propre du nez, l'épine nasale du frontal, l'apophyse montante du maxillaire, l'unguis et une partie de l'os planum. On ménage avec soin la sac lacrymal et le globe oculaire est récliné en bas et en dehors. Le nez est alors rabattu sur le côté.

3e TEMPS. — *Agrandissement de l'orifice piriforme.* — Avec la pince et la gouge, on résèque la branche montante du maxillaire, l'os propre du nez et une partie de l'os unguis, mais on respecte la crête médiane du nez qui servira de support aux parties molles.

4e TEMPS. — *Ethmoïdectomie.* — Par cette large brèche on voit bien le labyrinthe ethmoïdal recouvert de sa muqueuse qu'on a soin d'inciser. On place alors un gros tampon de gaze dans l'étage inférieur de la fosse nasale et que l'on pousse jusque dans le cavum.

Pour enlever l'ethmoïde on peut suivre le conseil de Moure : glisser une gouge étroite au ras de la suture fronto-nasale, parallèlement à la lame criblée en l'enfonçant vers la partie postérieure des fosses nasales jusqu'au niveau du corps du sphénoïde qui arrête l'instrument.

Puis, avec la pince plate de Luc on enlève toutes les cellules ethmoïdales; on termine avec la curette maniée avec prudence.

Le toit du labyrinthe, gratté et poli à son tour, est ainsi mis de niveau avec la lame criblée.

Enfin on complète ce temps opératoire en extirpant le cornet moyen à l'aide d'une pince appropriée.

5e TEMPS. — *Curettage sphénoïdal.* — Il est à conseiller dans la cure radicale des ethmoïdites d'ouvrir systématiquement le sinus sphénoïdal ; cela est facile quand l'ethmoïde est enlevé ; il suffit de presser légèrement avec la curette pour effondrer la paroi antérieure du sinus.

6e TEMPS. — *Résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire et de la paroi sinuso-nasale. Curettage maxillaire.* — On dénude la face antérieure du sinus maxillaire et on enlève avec la gouge toute sa face antérieure jusqu'au trou sous-orbitaire, mais en conservant le rebord orbitaire.

On supprime alors toute la paroi interne et le cornet inférieur à l'aide d'une pince emporte-pièce.

Grâce à cette mise à jour du sinus maxillaire on peut procéder au curettage sous le contrôle de la vue.

7e TEMPS. — *Curettage frontal.* — La grande variété de dimensions du sinus frontal fait qu'un procédé unique ne peut s'appliquer à tous les cas. Si la cavité est petite, une petite brèche peut suffire à la mettre à découvert ; si elle est grande, il faudra une résection large pour atteindre toutes les anfractuosités.

Le diagnostic de l'état anatomique peut être fait, grâce à l'ablation de l'épine nasale du frontal qui permet d'introduire un stylet explorateur dans le sinus.

Si le sinus est de petite dimension, il suffira d'en réséquer la paroi antérieure, y compris l'arcade orbitaire afin d'en supprimer la cavité ; s'il est de dimension moyenne, on détruit, avec la pince ou la gouge, tout le plancher afin d'en arrêter la cavité.

Si le sinus est haut et profond, il faut employer le procédé de Kilian qui a le grand avantage de respecter l'arcade sourcilière ; on conserve une bande de périoste pour doubler le rebord orbitaire et assurer sa nutrition.

8e TEMPS. — *Remise en place de la pyramide nasale et sutures.* — Après avoir introduit dans la vaste cavité ainsi créée une mèche de gaze dont une extrémité sort par la narine, on remet en place la pyramide nasale et on suture avec soin. Le lendemain, on retire la mèche de gaze, et les soins consécutifs se bornent à quelques nettoyages suivis d'insufflations d'acide borique.

Suit une observation où ce procédé a été appliqué.

A. COURTADE.

Traitement de l'empyème du sinus frontal, par RICHARDS (*The Am. J. of the med. sc.*, novembre 1905). — Dans la conduite à suivre dans le traitement de la suppuration chronique du sinus frontal, il faut tenir compte de la durée de la suppuration, du degré des symptômes, du danger de mort, de l'âge, du sexe et des conditions sociales du malade. La méthode intra-nasale de traitement doit certainement être essayée si elle offre des chances suffisantes de guérison. L'opération externe doit être envisagée si le traitement intra-nasal a été suffisamment prolongé sans donner de résultat. La simple ouverture avec drainage du sinus, suivie de la fermeture de la plaie externe donnera un résultat satisfaisant dans les cas de suppuration peu prolongée et lorsque le labyrinthe ethmoïdal n'est pas atteint. Dans tous les autres cas, surtout dans ceux qui sont associés avec des lésions ethmoïdales, accompagnés de polypes et de lésions possibles du sinus sphénoïdal ou du sinus maxillaire, il vaut mieux recourir à l'une des méthodes d'oblitération, suivant l'étendue des lésions que l'on constate au moment de l'opération et les résultats qu'elle peut donner.

L'auteur recommande l'opération faite par

Lothrop, qui est une modification de l'opération de Ogston-Luc, ayant tous les avantages de cette dernière sans exposer au danger du retour des symptômes d'obstruction. Elle possède en même temps les avantages de celle de Killian, mais elle n'est pas suivie de la difformité produite par cette opération. Une courte incision est faite au-dessous de l'extrémité du sourcil vers le plancher orbitaire du sinus frontal. Le sinus est ouvert par cette voie et tout le plancher nasal du sinus frontal est enlevé surtout au moyen de curettes, en enlevant toutes les cellules ethmoïdiennes situées au voisinage de l'orifice frontal, avec pour limite externe la paroi interne de la fosse orbitaire, et pour limite interne la paroi interne des masses latérales de l'ethmoïde dont on enlève une partie. L'ouverture embrasse donc un aussi grand espace que le permettent les conditions anatomiques. La paroi antérieure du sinus reste intacte. Lothrop constate qu'aucune de ces opérations n'a été suivie d'obstruction et que le drainage est libre. L'opérateur doit être satisfait du résultat s'il ne se produit pas de récidive, s'il n'y a plus d'écoulement nasal désagréable, ni de douleur.

L. Jumon.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

Traitement du spasme de l'accommodation par la cocaïne, par le Dr E. Reina (*Archivos de ophtalmologia hispano-americanos*, octobre 1905). — Le spasme oculaire est une affection très fréquente surtout à cet âge de la vie où les réactions musculaires sont violentes et se transforment facilement en mouvements convulsifs, c'est-à-dire entre 8 et 20 ans.

Tous les malades ont un habitus extérieur spécial, sont nerveux et d'une physionomie très expressive. Ils nous disent que, quand ils lisent, la vue se fatigue et qu'ils ressentent une forte douleur dans les yeux.

Si on examine la réfraction de ces malades, on observe un état de myopie dynamique, car rarement l'accommodation est, chez eux, diminuée : on trouve d'habitude, un certain degré de contracture du muscle ciliaire.

Le spasme accommodatif est un état névrotique complètement indépendant de la réfraction statique. Il appartient à l'ordre des spasmes de l'enfance ou de l'adolescence.

Les auteurs conseillent l'atropine et les forts mydriatiques, dans le but de maintenir, pendant un certain temps, un relâchement de l'accommodation.

Les lunettes qu'on peut recommander donnent des résultats très imparfaits et il est très incommode de se trouver constamment sous l'action des mydriatiques, aussi l'auteur a-t-il pensé d'employer la cocaïne en solution forte, 5 0/0, en instillations, tous les soirs, avant de se coucher, pour que l'action mydriatique et parétique de l'accommodation, ait disparu le lendemain matin. Par ce procédé, on obtient des résultats surprenants : au bout de 6 à 8 jours, les malades peuvent lire de longs moments sans fatigue : les bons effets sont les mêmes pour la vision à de longues distances.

Cette médication, par la cocaïne, est une médication antispasmodique, elle combat l'excès de contraction sans l'annuler, et possède le grand avantage de pouvoir être appliquée pendant 3, 4 et 5 mois. L'état général doit être aussi soigné : l'exercice, l'air libre, la gymnastique, l'hydrothérapie pour modifier et fortifier les jeunes malades, et le valérianate de quinine et le bromure pour diminuer l'irritabilité réflexe sont les moyens que l'auteur a employés avec avantage.

Seuls les cas exceptionnels, par leur intensité, sont justiciables des forts mydriatiques et encore seulement après essai préalable de la cocaïne.

F. Berini.

La sérothérapie dans les suppurations oculaires, par le Dr Sanz Blanco (*Archivos de oftalmologia hispano-americanos*, octobre 1905). — Les observations personnelles de l'auteur lui suggèrent les conclusions suivantes :

1° Les suppurations oculaires sont toujours de nature infectieuse, d'origine endogène ou exogène.

2° Les germes infectieux les plus fréquents, qui produisent les suppurations oculaires, sont le pneumo et le streptocoque.

3° Le traitement, par conséquent, doit être dirigé de façon à soustraire les éléments de développement et de vie aux germes infectieux pour éviter leur action pathogène ou de ses toxines.

4° Ce traitement sera de deux sortes, local et général ; avec le premier nous détruisons le microbe et neutralisons ses toxines dans le terrain même où ils agissent ; avec le second nous modifions la nature du terrain où les microbes vivent, le rendant inapte à leur développement.

5° Le traitement local remplit parfaitement son but quand on l'applique sous forme d'injections sous-conjonctivales.

6° Le traitement général antimicrobien s'obtient en injectant des sérums spécifiques dans quelques cas, polyvalents dans d'autres.

7° Le traitement local antiseptique suffit dans certaines occasions pour combattre les processus suppuratifs de l'œil, spécialement sur la cornée, mais son action est plus lente et pas si complexe que celle de la sérothérapie.

8° L'application combinée des sérums antipneumo et antistreptococcique abrège la marche du processus.

9° On ne pourrait expliquer comment agissent ces sérums, mais l'auteur incline à croire qu'ils n'agissent pas directement sur le microbe, mais en modifiant les conditions du terrain, et en favorisant les défenses naturelles de l'organisme contre l'action des toxines.

F. Berini.

La stovaïne dans la pratique ophtalmologique, par le Dr J. Santos Fernandez (*Archivos de oftalmologia hispano-americanos*, octobre 1905). — L'auteur a eu l'occasion d'essayer la stovaïne dans sa pratique et il en déduit les conclusions suivantes : Elle partage avec la cocaïne la propriété d'anesthésier l'œil et ses annexes pour permettre d'opérer sans douleur;

Son usage doit être limité aux injections sous-conjonctivales et sous-cutanées, car pour les instillations dans l'œil la cocaïne est supérieure;

A cause de son action vaso-dilatatrice on doit la préférer à la cocaïne pour les injections, car cette dernière peut produire, suivant les idiosyncrasies, une certaine anxiété précordiale et de la pâleur de la face, ce qui n'arrive presque jamais avec la stovaïne :

On peut opérer le malade assis sans craindre la syncope, fréquente dans les injections de cocaïne ; il est vrai que l'auteur a depuis longtemps évité cette complication en opérant le malade couché.

F. Berini.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement de l'acné mentonnière chez la femme, par Pautrier (*Le Bulletin médical*, 6 décembre 1905). — Le traitement devra être à la fois local et général.

Au point de vue général, on instituera un traitement contre les troubles utérins ou annexiels, car la guérison complète ne pourra être obtenue que lorsque la cause prédisposante génitale aura disparu. La malade devra donc être confiée à un gynécologiste.

La thérapeutique locale demande à être faite en général d'une façon assez énergique. Il s'agit presque toujours, en effet, de femmes à peau séborrhéique, assez épaisse et peu irritable.

Il est tout d'abord indiqué de vider les grosses pustules indurées; un moyen assez rapide consiste à les ouvrir avec la pointe la plus fine du galvano cautère.

Comme traitement local, on prescrira :

Soufre précipité et lavé	2 grammes.
Acide salicylique.....	0 gr, 50.
Résorcine.....	1 gramme.
Vaseline pure.....	30 —

Appliquer le soir en se couchant et nettoyer au matin. On pourra également employer en applications courtes, la pommade suivante :

Camphre.....	5 grammes.
Résorcine.....	5 —
Soufre précipité.....	15 —
Savon noir.....	7 gr. 50
Craie préparée.....	2 gr. 50
Vaseline pure.....	20 grammes.

On laisse cette pommade appliquée pendant 5 à 10 minutes, en augmentant progressivement le temps d'application jusqu'à 20, 25 et 30 minutes, si c'est bien supporté. On applique ensuite, pour calmer l'inflammation :

Lanoline.....	ââ 10 grammes.
Vaseline pure...	
Amidon..... ...	
Oxyde de zinc...	

Enfin, on pourra utiliser la radiothérapie. On fait, dans ce cas, des séances de 3 à 4 unités H, avec des rayons pénétrants du n° 5, répétées tous les quinze jours.

Les résultats obtenus par cette méthode semblent plus durables que ceux que donnent les applications de pommade.

E. Vogt.

Traitement des ulcères vénériens et d'autres affections ulcéreuses par la chaleur (*Bl. f. Klin. Hydratherapie*, novembre 1905). — Ullmann s'étonne que ce procédé si remarquable ne soit pas employé plus souvent par les praticiens : les résultats sont surtout rapidement obtenus si, avant de faire intervenir la chaleur constante, on cocaïnise la plaie et on égalise à la curette les bords de l'ulcère.

Pour l'auteur, ce n'est pas tant la chaleur elle-même que le coup de fouet donné à la circulation et conséquemment aux échanges intraorganiques qui agit sur les bactéries et l'infiltration des tissus : même à la température relativement basse de 42°, la virulence des sécrétions est annihilée en 36 à 48 heures. L'auteur se

[illegible] par [illegible] SCHARTZ [illegible] iodure de [illegible] médica- [illegible] de la [illegible] par [illegible] jections. On [illegible] par la peau, [illegible] des résultats [illegible] dipine, on a pu [illegible] en le faisant [illegible] sous-cutanées, mais [illegible] être abandonnées au [illegible] percutané très simple [illegible] badigeonnages, les fric- [illegible] mades iodées et iodu- [illegible] bées et même l'iodva- [illegible] aussi bien qu'on l'avait [illegible] qui est un éther iodhy- [illegible] 100 d'iode, paraît rem- [illegible] grande absorption qu'on [illegible] de préparation. Un badi- [illegible] peau fait avec de l'iothion [illegible] de l'iode dans l'urine, au [illegible] minutes; au plus tard, au bout de [illegible] demie; dans la salive, au bout de [illegible] L'iode introduit dans l'organisme [illegible] manière, reste plus ou moins long- [illegible] suivant qu'il est employé dans un état [illegible] concentration plus ou moins grand. On [illegible] chaque fois, suivant Lippschutz, deux [illegible] de la substance en badigeonnages [illegible] peut répéter, tous les jours, pendant une [illegible] voulue. Comme les applications pures [illegible] un peu de dermatite, on se sert [illegible] pommades à 50 ou à 25 p. 100. L'irritation [illegible] qui se produit avec les solutions à [illegible] p. 100 dans l'alcool et la glycérine, se dis- [illegible] complètement au bout de deux jours.

L'auteur a employé, avec plein succès, l'io- [illegible] en application externe dans la syphilis [illegible] et en a obtenu des résultats avanta- [illegible]. Jamais il ne s'est produit de troubles du côté de l'estomac, bien que la salive contienne toujours de l'iode qui passait par déglutition dans l'estomac. D'ailleurs, les quantités qui peuvent ainsi arriver dans l'estomac sont infimes comparées à celle que l'on donne avec l'iodure de potassium. Dans certains cas, l'iothion a bien produit des phénomènes de catarrhe oculo-nasal, mais sous une forme bénigne et toujours tardivement, en tout cas, les troubles n'étaient pas assez intenses pour obliger à interrompre ce traitement. Sous l'influence des badigeonnages, les douleurs de tête ont disparu en quelques jours, tandis qu'un psoriasis palmaire qui avait résisté à un traitement ioduré intense et prolongé a disparu à peu près complètement après un mois de traitement. L'iothion a donc une grande valeur pratique comme succédané des combinaisons alcalines d'iode, car il permet de faire pénétrer dans la circulation par la voie cutanée et à volonté des quantités d'iode assez grandes pour en obtenir les effets thérapeutiques qu'on lui demande. Il offre une ressource précieuse dans les cas de troubles gastriques et d'idiosyncrasie.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sur la bactériurie, par KORNFELD (*Soc. des médecins de Vienne*, 27 oct. 1905). — La bactériurie est une affection décrite par Krogius, caractérisée par la présence de microbes dans l'urine, le plus souvent du colibacille, sans qu'il y ait lésion de la muqueuse urinaire. Cette affection existe réellement, malgré l'affirmation de certains auteurs qui la rapportent à une pyélite ou à une cystite latentes. Les microbes passent dans l'urine très souvent par la voie sanguine, ou encore à travers les parois du rectum, venant de l'intestin. Chez l'homme, la bactériurie survient souvent chez les anciens blennorrhagiques qui ont eu la prostate et les vésicules infectées : l'infection se fait par contiguïté.

Chez les femmes, elle peut survenir à l'occasion d'une salpingite.

Les phénomènes généraux qui accompagnent quelquefois les cas chroniques (fièvre, frissons, troubles digestifs et nerveux) sont dus aux toxines microbiennes; l'urine est acide et ne subit pas la fermentation ammoniacale.

Le traitement consiste dans le lavage de la vessie avec une solution de sublimé (1 p. 5.000 à 1 p. 2.000), et l'administration d'antiseptiques internes tels que : acide salicylique, salol, acide benzoïque, urotropine, helmintol.

M. DESCHAMPS.

Infiltration d'urine due à un phimosis, par VAN DER POEL (*Société des chirurgiens urologues américains*, 23 juin 1905). — Il s'agit d'un ma-

lade porteur d'un phimosis congénital devenu plus étroit, à la suite d'une série de poussées de balano-posthite et d'une ulcération chancriforme; il eut un jour une impossibilité absolue d'uriner, l'orifice préputial étant complètement bouché : puis, à la suite d'un effort, il se sentit soulagé et sa verge et son scrotum commencèrent à s'infiltrer. L'incision montra un méat normal par lequel on put cathétériser le canal avec une sonde n° 30, l'orifice de rupture se trouvait sur un des côtés du frein. On fit la circoncision et quelques incisions scrotales, et le malade guérit. M. DESCHAMPS.

Traitement abortif de la blennorrhagie aiguë, par ZENZES (*Centralbl. f. d. Kr. d. Harn u. Sexualorgane*, oct. 1905). — Ce traitement ne peut être essayé que dans le premier stade, caractérisé par des chatouillements dans le canal, l'accolement des parois du méat et l'absence de phénomènes inflammatoires, avec écoulement peu abondant, séro-muqueux. Le gonocoque n'a encore envahi que l'épithélium du canal urétral.

A ce moment, des lavages de l'urètre antérieur avec des solutions chaudes d'albargine à 1 : 1000, plus tard à 1 : 1500, une fois par jour, permettent d'enrayer l'affection. On se servira, de préférence, d'une seringue de 100 grammes de capacité, avec embout olivaire en caoutchouc. On remplit l'urètre de façon à la distendre avec la solution, puis on la laisse s'écouler au dehors, au bout de quelques instants, et on continue jusqu'à ce qu'on ait fait passer 500 grammes de la solution dans le canal. En cas de succès, les gonocoques ont disparu vers le quatrième jour: à ce moment, on fait un lavage avec une solution de nitrate d'argent à 1 : 1000. Si la sécrétion tarit à la suite de cette injection, le malade peut être considéré comme guéri. Si on voit apparaître un écoulement séro-muqueux sans gonocoques, on fait des lavages au permanganate ou des injections de résorcine à 1 : 150 jusqu'à disparition de l'écoulement. Si l'écoulement contient encore des gonocoques, on continue les lavages au nitrate d'argent, pendant dix à quinze jours et on termine par le permanganate.

Sur 122 malades, on obtint la guérison, en cinq à six jours, chez 61, ce qui fait exactement 50 p. 100.

E. VOGT.

Dilatation électrolytique des rétrécissements de l'urètre, par LAMBERT (*Union médicale du Nord-Est*, 15 juin 1905). — L'électrolyse linéaire a pour but de créer une escarre linéaire sur toute la longueur du rétrécissement.

L'électrolyse circulaire de Newmann agit sur toute la circonférence du canal ; c'est un procédé très long, qui agit encore plus lentement que la dilatation simple.

Le procédé de Desnos consiste à faire passer un courant continu de 10 milliampères à travers un béniqué franchissant le rétrécissement à frottement doux et relié au pôle négatif : le pôle positif est relié à une plaque fixée à la cuisse ; on fait passer le courant pendant cinq à dix minutes, et on remarque en retirant le béniqué que celui-ci passe librement dans le rétrécissement. Au bout de huit jours on a gagné deux ou trois numéros. Ce procédé a l'inconvénient d'être aussi long que celui de Newmann.

L'auteur emploie de préférence le procédé de Minet qui consiste à utiliser l'action physiologique du courant continu. Les pôles étant reliés comme précédemment, on introduit dans le canal un béniqué d'un numéro légèrement supérieur au calibre du canal rétréci ; lorsqu'on arrive au contact du rétrécissement on fait passer un courant de 10 à 30 milliampères (10 en moyenne) en maintenant le béniqué appuyé contre le rétrécissement : au bout de deux ou trois minutes on enlève la bougie et on peut en faire passer une autre de 3, 4 ou 5 numéros plus élevés. On passe trois béniqués par séance, renouvelée tous les dix jours : on peut ainsi porter un rétrécissement filiforme au n° 20 en une séance : lorsque le calibre est plus élevé on ne peut guère gagner plus de cinq numéros par séance. L'auteur a pu faire progresser un rétrécissement particulièrement difficile de dix-huit numéros en quinze jours. M. DESCHAMPS.

Dangers de la ponction sus-pubienne de la vessie, par CARLIER (*Echo médical du Nord*, 5 nov. 1905). — La ponction sus-pubienne de la vessie peut provoquer une péritonite, même lorsqu'elle a été faite selon les règles (asepsie, trocart fin, ponction au ras du bord supérieur du pubis, ablation brusque du trocart après avoir fait entrer de l'air dans le récipient, etc...). Cet accident peut se produire lorsque le cul-de-sac péritonéal descend au-dessous du bord supérieur du pubis, et est fixé par des adhérences qui l'empêchent de remonter lorsque la vessie se remplit. Cette disposition anatomo-pathologique peut se rencontrer chez les vieux infectés (prostatiques, rétrécis) qui ont fait de la péricystite. L'auteur rapporte plusieurs cas de mort par ponction de la vessie faite dans ces conditions. M. DESCHAMPS.

La prostatectomie périnéale conservatrice, par YOUNG (*Ann. of Surgery*, avril 1905). — L'auteur abordela prostate par la voie ordinai-

rement suivie par tous les chirurgiens qui font la prostatectomie périnéale. L'urètre est incisé et par cette boutonnière on introduit dans la vessie un tracteur dont les branches déployées forment un T ; on fait ensuite une incision de chaque côté de l'urètre, parallèle à son axe et profonde de 10 à 15 millimètres, et, en tirant sur le tracteur on fait saillir les deux lobes latéraux de la prostate qu'on énuclée avec le doigt; s'il y a un lobe médian hypertrophié on l'énuclée en le faisant saillir latéralement pour ne pas léser l'urètre, soit avec le tracteur, soit avec l'index gauche introduit dans la vessie. On enlève les calculs, s'il s'en trouve dans la vessie, par l'incision urétrale. On met deux tubes dans la vessie par lesquels on fait des lavages : on les enlève au bout de deux jours. On tamponne la loge prostatique. Le malade se lève de très bonne heure; la fistule se ferme au bout de quinze jours. Dans quelques cas où elle persiste, il est bon de faire une cystostomie sus-pubienne pour dériver le cours des urines. Les résultats sont très bons : l'auteur compte quatre morts sur soixante-quinze opérés ; le résidu vésical ne dépasse pas 30 c. c. sauf chez deux opérés ; neuf seulement sur trente et un sont devenus impuissants. Ce procédé mettrait en outre à l'abri de l'épididymite due à la section des canaux éjaculateurs restés béants dans la plaie.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la tuberculose du testicule, par le Pr RECLUS (*Journal des Praticiens*, 22 juillet 1905). — La loi de Ricord est toujours vraie : lorsque la tuberculose frappe l'appareil génital de l'homme, l'épididyme est toujours atteint le premier. Les bosselures sont toujours irrégulières, grossières. Quand la lésion se limite à un seul noyau au niveau de la queue de l'épididyme, le noyau est plus dur, plus ligneux que le noyau d'origine gonococcique qui donne plutôt une sensation élastique. Dans le dernier cas, on sent nettement l'anse de réflexion de la queue de l'épididyme; quand le noyau est tuberculeux il englobe cette anse qu'on ne peut plus suivre du bout des doigts. Quelquefois les lésions peuvent avoir une origine mixte (gonococcique et tuberculeuse) : ce n'est qu'après l'extinction des phénomènes aigus gonococciques qu'on peut faire le diagnostic de tuberculose.

Le traitement sera d'abord général : aération, suralimentation, huile de foie de morue, frictions sèches sur tout le corps, saisons à Salies-de-Béarn, Barèges, la Bourboule, traitements chlorurés, sulfureux, arsenical institués alternativement.

Des guérisons durables sont possibles par le traitement médical : l'auteur n'intervient que lorsqu'il y a suppuration, et que les noyaux suppurés sont volumineux et confluents.

Si les lésions sont cantonnées à l'épididyme, il faut pratiquer l'épididymectomie; on détache l'épididyme du testicule, et on regarde si les travées tuberculeuses ne pénètrent pas dans le testicule, dans quel cas il faudrait enlever aussi ce dernier. L'épididyme décollé de la glande, on le sépare des vaisseaux qui se rendent au testicule, et on sectionne le canal déférent en réséquant sa portion malade, s'il y a lieu; s'il est possible, on tentera l'anastomose de ce canal déférent au testicule, en le fendant et en suturant ses bords étalés par des points non perforants au niveau du rete testis. S'il présente des lésions tuberculeuses, on le sectionnera après ligature et cautérisation au thermo, le plus haut possible.

Si le testicule est pris il faut faire la castration : elle peut se faire avec l'anesthésie locale, en injectant de la stovaïne dans le cordon et en liant au-dessous de l'injection.

L'auteur ne conseille pas de remplacer le testicule enlevé par un simulacre en aluminium ou en soie tressée, on peut ainsi se créer des ennuis pour l'avenir : (suppuration, ulcération, élimination spontanée).

La castration double ne doit être faite que dans les cas extrêmes où on ne pourrait absolument conserver aucun fragment de moignon pouvant encore donner une illusion à l'opéré.

Mauclaire a proposé dernièrement de traiter la tuberculose testiculaire par la ligature en masse du cordon qui amènerait l'atrophie du testicule et la régression des noyaux tuberculeux.

M. DESCHAMPS.

Traitement médicamenteux des albuminuries néphrétiques, par FRIED. GRUNWALD (*Centrbl. f. inn. Med.*, 2 déc. 1905). — Traube et Cohnheim avaient admis que les vaisseaux rénaux dans la néphrite sont très probablement étroits, de sorte que la nutrition des reins en souffre. Dans ses expériences Lœvi avait montré d'autre part qu'une irrigation rénale meilleure et la dilatation des vaisseaux des reins peuvent être obtenues par la caféine et ses préparations, comme la diurétine, qui auraient ainsi une action curative sur la néphrite. Grunwald par des observations montre que la diurétine peut diminuer la quantité d'albumine de l'urine. Il semblerait que certains cas de néphrite sont très favorablement influencés de cette manière : en ce qui concerne l'albuminurie, ce sont surtout les formes parenchyma-

teuses qui bénéficient de ce traitement. Mais il est impossible de dire pour l'instant si cette action sur la diminution de l'albuminurie est durable. On peut toujours présumer qu'une meilleure irrigation des reins favorise la nutrition des épithéliums malades, ce qui peut avoir une influence heureuse sur le processus.

L. JUMON.

Néphrite parenchymateuse chronique, traitement, par C. GAMBLE (*The Am. J. of the med. sc.*, déc. 1905). — L'auteur apprécie le traitement employé dans la néphrite parenchymateuse chronique d'après un cas qu'il rapporte longuement. Le régime lacté prescrit d'abord avec du carbonate de calcium n'a pas donné de résultat apparent et la quantité d'albumine des urines est restée la même. Le régime fut ensuite composé de pain, d'aliments amylacés et de lait. Durant la première partie du traitement le malade prit de l'eau lithinée et de l'eau distillée en grandes quantités : mais les reins n'ont pas paru supporter ces quantités, l'œdème augmentait et les urines diminuaient. Au contraire dès qu'on restreignait l'eau ingérée, l'œdème diminuait et la diurèse s'élevait.

Comme diurétiques l'auteur a donné la digitale, le citrate de potasse, le buchu, la diurétine, avec les alcalins et la scille. Le sirop de scille a eu un effet diurétique temporaire très net et l'œdème diminuait. On continua ce médicament durant deux semaines et on en cessa l'emploi lorsqu'il commença à perdre son efficacité. Le sulfate de magnésie a eu des effets purgatifs. Des pilules composées de calomel, digitale et scille ont eu une action défavorable. Les seuls médicaments qui ont produit un soulagement sont la scille et les laxatifs. La ponction du scrotum a diminué considérablement l'œdème, en même temps la diurèse augmentait. Le même résultat a été obtenu à la suite de mouchetures sur les jambes, qui ont amené un drainage plus abondant de sérosité.

L'auteur a fait pratiquer sur le malade l'opération d'Edebohls, mais si la quantité d'urine a beaucoup augmenté pendant quelques jours, l'œdème ne diminua pas. Le jour de l'opération et le lendemain on administra une injection saline sous-cutanée, le liquide fut absorbé lentement ; mais l'auteur considère cette injection comme une erreur thérapeutique dans ce cas. L'état général du malade s'améliora beaucoup après l'opération. Mais au bout de quelque temps il revint à son état antérieur et on ne put noter aucune amélioration du côté des reins : l'albuminurie même augmenta.

La saignée a eu une remarquable action sur la diurèse, cet effet ne s'est pas prolongé, mais il fut très intense. On y eut recours lorsque les urines s'étaient presque complètement supprimées après une attaque de colique néphrétique.

Les effets du régime déchloruré sont intéressants à plusieurs titres. Ils ont d'abord été très soutenus. Le régime semble dès le premier abord renverser la relation entre la quantité de liquide ingérée et la quantité d'urine excrétée. Avant de suivre ce régime, le malade se plaignait continuellement d'une soif intense, aussitôt après la soif disparut et la langue, au lieu d'être sèche comme auparavant, devint humide; le malade, malgré l'absence de soif, fut obligé de prendre une certaine quantité de liquide à cause de ses lésions rénales. L'amélioration fut considérable et continua un certain temps. Mais dès qu'il revient au régime additionné de sel, les œdèmes augmentent.

En résumé le traitement pharmaceutique n'a pratiquement exercé aucun effet : il en a été de même du régime, sauf du régime déchloruré. L'opération de la décortication du rein a été d'une utilité douteuse. La saignée a agi comme un diurétique remarquable, mais sans résultat durable. Enfin l'auteur considère les injections salines sous-cutanées comme excessivement dangereuses dans la néphrite parenchymateuse.

L. JUMON.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Principes du traitement des troubles digestifs aigus du nourrisson, par M. HOCHSINGER (*Deutsche med. Wochenschrift*, 23 novembre 1905). — L'auteur rappelle que les troubles d'origine infectieuse ne se manifestent guère que chez les nourrissons qui ne prennent pas le sein : de cette constatation découle le principe de la diminution ou suppression éventuelle de l'alimentation. Si l'on se trouve en présence de fermentations acides, se manifestant dans le secteur supérieur du tube digestif, ce sont les hydrocarbures qu'il faudra diminuer ou supprimer : si on se trouve en présence de putréfaction avec selles alcalines, ce sont les albuminoïdes qu'il faut incriminer. Enfin, si les selles contiennent une surabondance de graisse, celle-ci doit être éliminée de l'alimentation.

Est-il possible actuellement d'instituer un traitement étiologique des troubles digestifs aigus du nourrisson, en se basant sur des données chimiques et bactériologiques ? L'auteur ne le pense pas, car les pédiâtres ne sont pas

encore d'accord sur la nocivité des principes constitutifs du lait. Les uns considèrent que les troubles causés par les albuminoïdes constituent des quantités négligeables, les autres sont d'un avis diamétralement opposé. En attendant, il faut se borner à restreindre ou supprimer l'alimentation dans son ensemble, et ne revenir à une alimentation normale que par étapes et avec les plus grandes précautions.

E. VOGT.

L'eau oxygénée dans les affections gastro-intéstinales des enfants, par le Dr J. AGUILA JARDAU (*Revista de Medicina y Cirugia Practica*, Madrid, septembre 1905). — En plus des nombreuses applications du bioxyde d'hydrogène, nous devons signaler celles relatives au traitement des affections de l'appareil digestif de l'enfant. Dans certains cas ces résultats sont notables.

L'eau oxygénée neutralisée, en solution, telle qu'on la trouve dans le commerce, jouit de propriétés antiseptiques : elle détruit le microbe tout en respectant l'intégrité histologique.

L'auteur a eu l'occasion de traiter de nombreux cas de maladies gastro-intestinales de l'enfance d'origine infectieuse, et ni le calomel, ni tous les antiseptiques intestinaux recommandés, ni les purgatifs, etc., n'ont donné les beaux résultats de l'eau oxygénée.

La formule employée par l'auteur est la suivante :

Eau oxygénée.....	60 grammes
Chlorure de sodium.....	5 —
Phosphate de soude.....	3 —
Bicarbonate de soude....	0 gr. 50

Eau distillée et bouillie, quantité suffisante pour faire un litre.

Avec cette solution, on fera deux ou trois lavements par jour, précédés d'une abondante irrigation rectale avec de l'eau bouillie.

Dans les simples dyspepsies gastro-intestinales, sans intervention d'élément microbien, la régularisation de la diète et l'addition d'une demi-cuillerée à café de la solution à 2 0/0 de H^2O^2 dans du lait toutes les trois heures, s'obtiennent rapidement.

Dans ces cas l'eau oxygénée paraît agir, non comme antiseptique, mais comme eupeptique. Comme antiseptique, elle agit dans les gastro-entérites fébriles légères qui ne cèdent pas à l'usage d'un purgatif et de la diète.

En terminant l'auteur dit : puisque les propriétés antiseptiques de l'eau oxygénée, son innocuité, la propriété de ne pas altérer les conditions physico-chimiques du lait, etc., sont prouvées, ne pourrait-on pas l'employer dans l'allaitement artificiel comme remède prophylactique des infections gastro-intestinales de l'enfance? C'est un cas à étudier, d'autant plus que les travaux de Behring, contrôlés par l'école de Naples, démontrent la possibilité d'additionner au lait des substances comme la formaline qui l'aseptisent sans altérer sa composition et ses conditions bromatologiques.

F. BERINI.

Traitement du prolapsus rectal des enfants par la paragangline Vassale (*La Pediatria*, n° 8, 1905). — L. MISEROCCHI, qui s'est déjà occupé de cette question, donne sept nouveaux cas traités avec succès par la paragangline. La méthode, très simple en effet, consiste à donner deux fois par jour aux petits malades un lavement de 200 grammes d'eau avec L-LXX, parfois même CXX gouttes de paragangline. Il faut continuer le traitement jusqu'à complète guérison; dans les cas de l'auteur, elle s'est maintenue depuis plusieurs mois.

A.-L. PERCIVAL.

La néphrite chronique interstitielle et l'alcalinité de l'urine, causes fréquentes de l'incontinence d'urine des enfants, par CLEMENS (*Arch. of Pediatric*, mars 1905). — Les causes ordinaires de l'incontinence d'urine chez l'enfant peuvent se diviser en quatre classes : 1° l'hyperacidité de l'urine, qui provoque l'incontinence à la fois diurne et nocturne ; 2° les végétations adénoïdes (incontinence nocturne) ; 3° la néphrite chronique interstitielle (incontinence diurne et nocturne) ; 4° l'alcalinité de l'urine (incontinence diurne et nocturne).

L'auteur considère la néphrite chronique interstitielle très fréquente chez les enfants qui ont eu la scarlatine. Dans les cas d'alcalinité de l'urine (il s'agit d'urines aseptiques), il faut administrer le phosphate acide de soude, à la dose convenable pour que l'urine soit neutre : si l'urine devenait trop acide, l'hyperacidité pourrait alors provoquer de nouveau l'incontinence. Le traitement symptomatique de l'incontinence doit être abandonné, on devra toujours traiter la cause elle-même.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la bronchite chez les enfants, par JOSEPH WINTERS (*Med. News*, 25 novembre 1905). — L'observation clinique montre que la bronchite chez un jeune enfant n'est jamais une affection légère. Un simple coryza peut propager l'inflammation jusqu'aux petites bronches. Dès le début il faut combattre la congestion des branches des artères bron-

chiques en agissant sur les capillaires cutanés et la muqueuse intestinale. L'irritation de la muqueuse bronchique peut être atténuée par la température douce de l'air respiré, qui doit être de 22° le jour et la nuit, tout en assurant l'aération. Le corps doit être enveloppé d'une flanelle légère.

Dans les cas graves, le médicament d'une efficacité générale est l'aconit qui restreint immédiatement la congestion bronchique et abaisse la pression sanguine. Les doses doivent être élevées et répétées dans les premières heures, puis on les diminue au bout de quatre à six heures, on les cesse ensuite. Pour un enfant d'un an l'auteur prescrit une cuillerée à café tous les quarts d'heure pendant une heure, puis toutes les demi-heures durant quatre ou six heures, puis toutes les deux heures pendant vingt-quatre heures ou plus de la potion suivante :

Teinture d'aconit	IV gouttes.
Eau distillée.....	90 grammes.

On arrête la médication quand la turgescence cesse. La pression artérielle diminue par la diaphorèse. On a recours alors au nitrate de potasse, au citrate de potasse, à l'esprit de Mindererus seuls lorsqu'il n'est pas urgent de donner de l'aconit. Les laxatifs, la diaphorèse, l'aconit et le nitrate de potasse tiennent lieu d'antipyrétiques qui sont contre-indiqués.

Lorsque la sécrétion bronchique devient excessive, il faut chercher à la diminuer en ayant recours au camphre, au carbonate d'ammoniaque, à la noix vomique, aux inhalations d'oxygène et à la contre-irritation. Le carbonate d'ammoniaque et la noix vomique ont l'inconvénient de provoquer des nausées.

Les cataplasmes sinapisés conviennent dans les cas où les bronches sont encombrées d'une sécrétion tenace, l'application est faite sur les régions où l'on entend les râles humides pendant vingt à trente minutes et est renouvelée toutes les deux à quatre heures suivant l'état de la peau.

Lorsque les bronches sont obstruées par du muco-pus, elles ne peuvent être débarrassées que par l'action émétique qui ne doit pas être répétée plus d'une ou deux fois par vingt-quatre heures. Les inhalations d'oxygène doivent être faites d'une façon continue dans les cas critiques, même pendant le sommeil. En même temps on a recours aux cataplasmes sinapisés, au camphre et au carbonate d'ammoniaque à haute dose. Enfin l'auteur rejette les inhalations de vapeur qui augmentent la susceptibilité au froid, au catarrhe du larynx et des bronches. Les indications sont beaucoup mieux remplies par la respiration de l'air tiède, par l'aconit et les révulsifs. L. JUMON.

Emploi de liodipine à 10 p. 100 dans les affections scrofuleuses (*Deutsche med. Zeitung*, 9 novembre 1905). — WECLEWSKI recommande de donner cette préparation par cuillerées à café chez les enfants, par cuillerées à soupe chez les adultes : chez les premiers surtout, le médicament est toujours fort bien accepté. L'action thérapeutique est remarquable et se manifeste même dans les cas où d'autres médications ont échoué, surtout dans les cas d'eczéma impétigineux et d'adénite. E. VOGT.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Moyen propre à empêcher les altérations de la teinture d'iode (*La Province médicale*, 10 novembre 1905). — CLARET recommande d'ajouter du borax à la teinture d'iode : ce corps s'emparera de l'acide iodhydrique au fur et à mesure de sa formation pour donner des composés dont la présence ne modifie pas les propriétés du médicament ; il y aurait donc lieu de modifier la formule du Codex de la façon suivante :

Iode.....	1	gramme.
Alcool à 90°.....	1	—
Borax officinal.....	2	—
Us. ext.		

E. VOGT.

Quelques observations sur l'emploi de l'acide formique, par MM. PILA et BATTISTI (*Marseille Médical*, 15 novembre 1905). — Les auteurs ont constaté que l'administration d'acide formique aux doses de XV à XX gouttes par jour dans un verre d'eau, avec 4 grammes de bicarbonate de soude pour saturer, augmente la diurèse chez les brightiques et leur permet de manger de la viande, dans les cas chroniques, sans que l'albumine, descendue à un taux minimum sous l'influence du médicament, n'augmente.

Les auteurs confirment l'action spéciale de l'acide formique sur l'activité musculaire, et le recommandent quand il s'agit de résister à la fatigue : ils ont toutefois constaté que chez les sujets atteints de neurasthénie ou ayant une profession sédentaire, le remède ne produit que de l'énervement, le besoin d'activité ne trouvant pas à se satisfaire.

E. VOGT.

Action du bromure d'ammonium, par FRANK CHARTERIS (*Therap. Gazette*, 10 novembre 1905). — Le bromure d'ammonium se compose de deux substances dont les effets sont diamétralement opposés. Les sels ammoniacaux sont généralement stimulants, tandis que les bromures ont une action dépressive sur le système nerveux. L'auteur a cherché par les expériences à savoir quelle est celle des actions qui prédomine dans le sel. On s'accorde à considérer le bromure d'ammonium comme un sédatif, sauf que la présence de l'ammonium rend l'action du brome moins dépressive. D'autre part, l'action sédative se produit plus lentement et se prolonge davantage. Comparée à celle du bromure de sodium, l'action du bromure d'ammonium est tout à fait différente. Ce dernier chez les animaux amène un affaiblissement musculaire et une grande exagération des réflexes pouvant aller jusqu'à la production de spasmes musculaires. La respiration s'accélère, puis se ralentit si on pousse plus loin l'intoxication. Même à petites doses le bromure d'ammonium détermine une forte élévation de la pression sanguine. En général, les effets observés sont très fugaces et sont moins marqués lorsqu'on répète les doses. En résumé ces expériences montrent qu'en variant les doses on obtient les effets soit de l'ammoniaque, soit du bromure. Avec de hautes doses, on obtient les effets de l'ammonium et l'animal succombe dans des convulsions. De petites doses donnent les effets du bromure. Mais on observe d'abord les effets stimulants de l'ammoniaque qui disparaissent rapidement pour laisser apparaître ceux du bromure plus permanents. Le bromure d'ammonium est plus toxique que le bromure de sodium. De hautes doses produisent les effets de l'ammoniaque et déterminent des convulsions et la mort par arrêt respiratoire. Enfin le bromure d'ammonium élève la pression sanguine, ralentit le pouls et accroît la force des contractions cardiaques

L. JUMON.

Sur l'isopral, par O. PINI (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 61, 1905). — L'auteur qui a donné l'isopral à 50 malades (alcooliques lypémaniaques, maniaques, épileptiques) dit que cette substance a une action sûre et rapide : le sommeil vient, en moyenne, une demi-heure après l'ingestion, très rarement (démence, fièvre typhoïde, délire maniaque) plus tard. — L'isopral n'a pas d'action déprimante sur le système cardio-vasculaire, on dirait même qu'il est doué d'un léger pouvoir tonique pour la fibre cardiaque : la systole est renforcée, la diastole prolongée.

L'isopral est un hypnotique puissant, c'est même un très bon sédatif dans les cas d'agitation psychomotrice, dans l'agrypnie des mélancoliques, dans le délire alcoolique et hypocondriaque, dans l'épilepsie.

Il est dépourvu de toute action nuisible pour les reins, la respiration, le cœur, et n'a pas d'action cumulative.

Il y a lieu de le recommander à la dose journalière de 0 gr. 50 à 0 gr. 75 jusqu'à 2 grammes en solution hydro-alcoolique ou en cachets.

A.-L. PERCIVAL.

Les effets antitoxiques de l'iodipine dans les affections aiguës, par M. POTHEAU (*Thèse de Lyon*, 1905). — L'auteur, au cours de recherches concernant les effets des injections d'iodipine à 25 p. 100, constata que ce médicament produit une grande activité leucocytaire (hyperleucocytose avec mononucléose abondante et persistante) ; rien de pareil ne s'observe avec l'iodure de potassium. Cette découverte lui fit admettre comme possible une action de l'iodipine sur les états d'intoxication et d'infection, et une nouvelle série d'expériences démontra le fait. Il ne restait plus qu'à appliquer ces données au traitement de malades rentrant dans les deux catégories ci-dessus. L'auteur fit en conséquence tous les deux jours, des injections de 15 c. c. (parfois 10 c. c. tous les jours) dans une série de cas d'infections puerpérales, érysipèle, complication de fièvres éruptives, péritonite tuberculeuse, grippe infectieuse, etc.

Dans tous les cas de toxi-infection avec symptômes plus ou moins graves (21 observations), on a pu arrêter la marche de la maladie, faire baisser la température chaque fois quatorze à dix-huit heures après l'injection, et procurer au malade une amélioration de l'état général ; dans un cas seulement (fièvre typhoïde) il y eut une rechute.

L'iodipine contenant du chlore (une partie) et de l'iode (trois parties) se décompose dans l'organisme, n'amène aucune complication chez les brightiques et ne provoque jamais l'albuminurie. Les injections doivent être faites à la partie externe de la cuisse ou au niveau de l'abdomen : elles doivent être sous-cutanées. Elles sont indolores et ne provoquent aucun trouble toxique ou inflammatoire.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Une nouvelle chaire à la Faculté de médecine. — Le ministre de l'Instruction publique vient de désigner M. Albert Robin pour occuper la chaire nouvelle de clinique thérapeutique créée récemment à la Faculté de médecine de Paris, à l'aide d'une donation de 400.000 fr. faite dans ce but par le duc de Loubat.

M. Albert Robin est fils de ses œuvres. Ayant débuté comme préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Dijon, arrivé tout jeune aux situations d'agrégé de la Faculté et de médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine depuis vingt ans, il s'est signalé par de nombreux travaux. Ses recherches sur les caractères urologiques de la fièvre typhoïde, sur l'action des ferments métalliques, sur le chimisme respiratoire dans la tuberculose, son *Traité de thérapeutique appliquée* et son *Traité des maladies de l'estomac* l'ont fait connaître dans le monde entier. C'est un érudit, féru de recherches historiques et de parchemins diplomatiques. Ce fut à son heure un vaillant soldat, décoré à 22 ans sur le champ de bataille au siège de Verdun. Il est, depuis trois ans, commandeur de la Légion d'honneur.

Hospice de la Salpêtrière (Clinique mentale et nerveuse). — M. le Dr J. VOISIN, le jeudi à 10 heures.

Hôpital de la Pitié. — Le Dr RÉNON a commencé ses conférences cliniques sur les *maladies du cœur et du poumon* (diagnostic, thérapeutique, diététique, médecine professionnelle), le vendredi 15 décembre à 10 heures du matin, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Don de la Bibliothèque du Pr Charcot. — M. le Dr Jean CHARCOT vient de faire don de la très importante bibliothèque de son père à la Faculté de médecine de Paris à condition qu'elle soit affectée à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr THOUVENET, professeur de l'École de médecine de Limoges.

BIBLIOGRAPHIE

La responsabilité. Etude de socio-biologie et de médecine légale, par le Dr G. MORACHE, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, 1 vol. in-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise, 4 francs. (Félix Alcan, éditeur.)

Le problème de la justice sociale ne comprend pas seulement la recherche de celui qui a commis un acte délictueux ou criminel, mais le fait d'apprécier si cet homme pouvait comprendre absolument la portée de l'action qu'il a commise, s'il peut la juger, l'apprécier dans toutes ses conséquences, s'il n'a subi quelque influence morbide qui l'a dominé, s'il est vraiment conscient et libre, en un mot s'il est responsable.

Le but du présent ouvrage est d'apprécier les différents facteurs qui peuvent intervenir dans la question, les principaux d'entre eux surtout. Or les facteurs de responsabilité aboutissent à un même point : la déchéance physique de l'individu. La criminalité peut donc être regardée comme une maladie morale; elle tient à la pathologie sociale. Nous pouvons alors lui appliquer des procédés analogues à ceux que nous utilisons pour combattre la morbidité matérielle.

Si, comme tout tend à le démontrer, le facteur misère se trouve à l'origine des formes de criminalité, le terme étant pris dans sa plus large acception, c'est à combattre la misère, dans toutes ses manifestations biologiques, que nous devons nous attacher ; peut-être parviendrons-nous ainsi à faire disparaître cette cause initiale, si longtemps poursuivie, de notre cruelle déchéance sociale : la criminalité.

Tel est l'esprit de ce nouvel ouvrage, qui s'appuie sur des tares connues de tous, mais qui n'avaient peut-être pas été envisagées à ce même point de vue. Il rencontrera auprès des savants et du public le même favorable accueil que les précédents livres de M. Morache.

Traité élémentaire de Clinique thérapeutique, par le Dr GASTON LYON, ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. 1 volume grand in-8° de XVI-1700 pages. Relié toile : 25 francs. Sixième édition revue et augmentée. (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.)

La première édition de ce livre a paru il y a dix ans. Depuis cette époque, cinq éditions publiées à intervalles de plus en plus rapprochés n'ont pas épuisé son succès, bien qu'un grand nombre d'exemplaires l'aient répandu dans le monde entier. Non seulement ces éditions successives ont été rigoureusement au courant des progrès de la science, mais encore elles ont subi, dans leurs parties primitives, de tels remaniements de forme et de fond que chaque édition a constitué, pour ainsi dire, un nouvel ouvrage. A cet égard, la *sixième édition* ne le cède en rien à ses aînées. De nombreuses et importantes modifications, la réfection totale d'anciennes parties de l'ouvrage, l'addition de nouveaux chapitres, témoignent des efforts faits pour maintenir et légitimer la vogue du *Traité élémentaire de Clinique thérapeutique*.

Parmi les modifications importantes, nous devons d'abord signaler l'orientation nouvelle donnée par l'auteur à l'exposé des *dyspepsies*, dont il propose une classification reposant essentiellement sur l'étiologie. Le chapitre des *dyspepsies et toxi-infections gastro-intestinales infantiles* a été remanié. Un chapitre nouveau prélude à l'étude des maladies de l'intestin : il a trait à la *prophylaxie et au traitement des auto-intoxications d'origine intestinale*. Le chapitre consacré à l'entéro-colite muco-membraneuse a disparu pour faire place à un nouveau chapitre intitulé : *entéro-névroses;* celui consacré à la *constipation* a été remanié de façon à mettre en relief l'origine nerveuse pure de ce syndrome dans un grand nombre de cas. Le chapitre de l'*appendicite* a été augmenté d'un paragraphe relatif à l'appendicite chronique d'emblée. Le traitement du *rein mobile* a trouvé place dans cette nouvelle édition. Le *mal de Bright* a été retouché : l'auteur a fait une place importante aux travaux récents sur le chlorure de sodium dans la pathogénie des œdèmes et sur les cures de déchloruration.

Les parties de ce livre relatives aux maladies du système nerveux ont été l'objet d'une revision attentive; on a mentionné le traitement des *hémorragies méningées* et, aux névroses urinaires, on a joint les névroses génitales, c'est-à-dire l'*impuissance* et la *spermatorrhée*. Signalons encore les modifications apportées au chapitre de l'*obésité;* la place faite à l'*hémophilie*, au *tabagisme*, enfin aux *accidents causés par les agents physiques* : foudre, électricité, froid, chaleur, air comprimé, raréfié, confiné.

Avec les modifications et additions qui viennent d'être passées en revue, la *sixième édition du Traité élémentaire de Clinique thérapeutique* est le reflet le plus fidèle de l'évolution actuelle des théories et des applications pratiques dans le domaine de la Thérapeutique.

Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme, par Lucien PÉNARD et Germain ABELIN. Neuvième édition, mise au courant des progrès les plus récents de la science. 1 vol. in-18 de 701 pages, avec 229 fig., cart. 6 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Fournir aux étudiants un exposé clair et concis des préceptes de l'art obstétrical qui pût leur permettre de repasser rapidement des matières du doctorat et aux praticiens un ouvrage peu volumineux, assez complet cependant, où ils puissent trouver immédiatement les indications nécessaires pour faire face à toutes les éventualités de la pratique, tel est le but poursuivi dans le guide de *Penard*.

Cette neuvième édition conserve les qualités de clarté et de précision qui ont fait le succès de ses devancières.

Ce petit livre, tout en étant essentiellement pratique, permettra aux étudiants de repasser rapidement les matières enseignées dans les cours de Facultés et des Ecoles, mais encore leur fournit, ainsi qu'aux médecins praticiens, des notions puisées dans les traités magistraux de Tarnier, Budin, Ribemont-Dessaignes et Lepage, les mémoires originaux et l'enseignement des professeurs Pinard et Budin. Parmi les maîtres dont les travaux ont facilité la mise au courant des travaux les plus récents, il convient de citer MM. Bar, Bonnaire, Boissard, Champetier de Ribes, Demelin, Doléris, Porak, Potocki, Varnier, Auvard, Leviot, Berthod, Oui (de Lille), Chambrelent et Moussous (de Bordeaux), Crouzat (de Toulouse), etc.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Étude de l'indice de réfraction du sérum sanguin dans les affections chirurgicales, par TUFFIER et MAUTÉ. — Les perfectionnements des procédés tirés de la chimie, de la physique ou de l'anatomie pathologique ont introduit en hématologie des données nouvelles dont la clinique a déjà largement profité. Toutefois les méthodes physico-chimiques sont restées, au lit du malade, des méthodes d'exception. Elles se heurtent à deux difficultés difficilement compatibles avec la clinique : d'une part une technique qui, pour être précise, est *complexe et longue*, et d'autre part la nécessité d'opérer sur une *quantité de sang trop considérable* pour être recueillie par une simple piqûre.

L'*indice de réfraction du sérum* échappant à cette double critique, nous avons recherché quels renseignements il pouvait apporter à l'étude de l'*hématologie des affections chirurgicales*. Nous nous sommes servi pour nos recherches *du réfractomètre à immersion de Zeiss*. Cet instrument présente une ligne d'extinction toujours très nette, de sorte que le calcul des indices se fait avec une grande précision si l'on tient compte de la température. Il a surtout l'immense avantage de ne nécessiter qu'*une goutte de sérum*, à la condition que celui-ci soit frais et dépourvu de globules rouges en trop grande quantité.

A l'état normal et à la température de 17°5 l'indice de réfraction du sérum humain varie de 1.349100 à 1.352050.

Nos recherches, confirmatives en cela de celles de Strubell et surtout de Reiss, nous ont montré que les variations en plus ou en moins étaient dues uniquement *à la plus ou moins grande quantité de l'albumine totale du sérum*. En effet, l'indice de réfraction des matières autres que l'albumine reste absolument fixe ou varie d'une façon insignifiante, sauf toutefois lorsqu'il existe des pigments biliaires en excès et en quantité suffisante pour déterminer une véritable coloration ictérique de la peau. D'ailleurs la structure de la molécule d'albumine importe peu, et si même le *quotient d'albumine* s'élève ou s'abaisse par rapport à la normale, l'exactitude des résultats n'est pas modifiée.

Donc si l'on connaît les variations apportées à l'indice de réfraction par une solution de 1 p. 100 d'albumine de sérum (0,00277 d'après Reiss), on peut calculer très simplement la teneur en albumine du sang examiné. En fait, d'un grand nombre de déterminations par cette méthode physique, faites *comparativement avec la recherche de l'albumine par pesée*, nous sommes toujours arrivés à des résultats *absolument concordants*, et l'on peut dire que la *réfractométrie* nous permet d'étudier d'une façon *simple*, *exacte* et *rapide* les variations en albumine du sérum sanguin, dans les diverses maladies, et même d'en suivre les variations jour par jour.

De l'étude de plus de deux cents cas, nous avons pu tirer les conclusions suivantes :

1° L'indice de réfraction du sang diminue après les *pertes sanguines abondantes*, et d'une façon proportionnelle à la quantité de sang soustraite.

2° Une période de *jeûne* de vingt-quatre heures diminue peu la valeur de l'indice de réfraction, mais si le jeûne est prolongé et s'accompagne d'amaigrissement, l'indice de réfraction s'abaisse d'une façon sensiblement proportionnelle à la perte du poids.

3° En cas de *brûlures étendues*, cette méthode nous permettra de nous rendre compte des variations de la masse liquide du sang.

4° L'indice de réfraction est ordinairement abaissé, bien que d'une façon inconstante, dans les *affections bilatérales des reins*. Sa recherche permet alors de se rendre compte jour par jour de l'augmentation de la masse du sang par l'eau de dilution et de saisir la rupture de l'équilibre entre les matières albuminoïdes constitutives du sérum sanguin et les matières cristalloïdes de passage que le rein n'élimine pas. Ces faits contribuent à nous expliquer pourquoi, chez un malade présentant une insuffisance rénale, allant jusqu'à l'urémie, on trouve souvent une concentration moléculaire qui se traduit par un Δ normal.

5° En dehors des néphrites et des pertes sanguines abondantes, on peut trouver l'indice de réfraction du sérum, normal ou abaissé, dans toutes les affections chirurgicales, qu'il s'agisse de cancer confirmé, de suppurations ou de traumatismes; il est donc *sans aucun rapport avec la nature de la maladie*. Par contre, sa recherche systématique chez tous nos malades qui devaient être opérés nous a montré qu'il était d'une *importance pronostique* indiscutable. Toutes choses égales d'ailleurs, un indice de réfraction *abaissé* au-dessous des limites que nous avons indiquées comme normales, correspond à une *hypo-albuminose* sanguine, et est toujours l'indice d'une *nutri-*

tion défectueuse, d'une *immunité naturelle amoindrie* et d'une *défense organique en état d'infériorité*. L'avenir des malades chez lesquels nous avions fait cette constatation nous a montré qu'ils se trouvaient en effet dans de *mauvaises conditions opératoires*, avec lesquelles le chirurgien doit compter pour décider une intervention. Par contre, le maintien de l'indice de réfraction *à son taux normal, même chez un sujet paraissant affaibli*, doit être considéré comme un bon signe de résistance organique.

Cette constatation seule suffirait à rendre la méthode digne d'intérêt, surtout si l'on tient compte de sa facilité de technique, de sa rapidité et de sa précision.

Huile grise. — L'*huile grise stérilisée et indolore de Vigier* à 40 p. 100 étant aujourd'hui d'un emploi courant dans le *traitement de la syphilis*, M. Ferd. Vigier prévient MM. les Docteurs, que pour faciliter l'usage de cette huile, au moyen de la *seringue spéciale du docteur Barthélemy*, il a pu parvenir en perfectionnant son outillage, non seulement à rendre cette petite seringue plus solide, mais encore à en diminuer considérablement le prix.

En effet, la seringue du docteur Barthélemy, dont le prix était de 25 francs, sera, à partir de ce jour, facturée 15 francs au public et 12 fr. 80 net au corps médical. Cette seringue, d'un emploi facile, est réellement la seule qui présente un dosage rigoureux, chaque division correspondant à 1 centigramme de mercure métallique.

S'adresser directement à la pharmacie *Chasland-Vigier*, 12, boulevard Bonne-Nouvelle, à Paris.

Huile grise Vigier, à 40 p. 100. Prix du flacon : 2 fr. 25 ; du double flacon : 4 fr. 25.
(Remise d'usage à MM. les Docteurs.)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr **F. Lagrange**.

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

ÉTUDE ANATOMIQUE SUR LE COBAYE

Par **Henri Alezais**, docteur en médecine et docteur ès sciences.

Premier fascicule : **Ostéologie, Arthrologie, Myologie.**

1 vol. in-4°, avec 55 figures dans le texte..... **8 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 volume in-8°..... **5 fr.**

Philosophie de l'Effort, Essais philosophiques d'un naturaliste

Par **Armand Sabatier**, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier

1 volume in-8°..... **7 fr. 50**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CANCER

Augmentation de fréquence. — La question de nature. — Comment il faut le traiter actuellement. — Toute néoplasie, même bénigne, doit être extirpée.

Par le Dr AUGUSTE BENOIT,
Ancien interne et chirurgien consultant des hôpitaux.

En l'état actuel de nos recherches sur le cancer, il peut paraître téméraire de chercher à mettre un peu d'ordre parmi les opinions théoriques en présence, de faire jaillir quelque lumière de tant d'obscurité. Pareille entreprise exige un véritable effort; aussi aurais-je reculé si je n'avais aperçu, au cours de mes recherches documentaires et de mes propres observations poursuivies depuis plusieurs années, quelques points solides sur lesquels étayer mon raisonnement. J'estime que pareil travail pourra ne pas être inutile à ceux d'entre nous exclusivement voués à la recherche des causes nosologiques et dont le labeur ardu et méritoire est parfois longtemps stérilisé par des idées préconçues, ainsi que par l'esprit d'école qui pèse sur eux. J'y vois ensuite l'avantage de soumettre au jugement de tous ceux qu'intéresse ce sujet capital, les réflexions que m'a suggérées l'étude des documents que j'ai réunis et d'offrir à leur contrôle mes propres résultats, obtenus en employant la thérapeutique que je crois la plus rationnelle.

J'ai publié dans cette *Revue* (numéros des 15 novembre et 1er décembre 1901) une première monographie, dont le titre : *De la curabilité du cancer*, témoignait de l'impression profonde, trop enthousiaste peut-être, que m'avait causée la cure radicale persistante d'une tumeur maligne, après exérèse chirurgicale, ainsi que l'évolution clinique toute particulière du cancer chez d'autres malades soumis avec persévérance à l'action de certains agents thérapeutiques. Fort d'une plus ancienne expérience, je puis dire que si j'ai vu ma foi diminuer devant l'impuissance de guérir par un traitement médical qui semblait promettre beaucoup, je l'ai vue au contraire se fortifier dans la croyance à la réalité de la cure définitive par la suppression du foyer cancéreux, lorsqu'on a la chance, en agissant tôt, de la réaliser intégralement. Quant aux moyens médicaux, on verra, par la suite, à défaut d'une action curatrice certaine, les services qu'ils sont appelés à rendre et quels sont ceux qui méritent d'être conservés. Il est fort important de les connaître, car ils demeureront longtemps notre seule ressource, la découverte d'un médicament spécifique n'apparaissant pas devoir être prochaine. Telle est du moins la conclusion qui se dégage des considérations que je vais exposer.

Et tout d'abord, disons que nous sommes seuls, en France, à ne pas accorder à cette question l'intérêt qu'elle réclame. En effet, bien qu'elle soit assez inférieure à celle qui est

notée dans certains pays (Angleterre, Amérique), la proportion de décès par cancer a augmenté dans ces vingt dernières années dans le pourcentage de la mortalité générale. Peut-être apparaît-elle davantage depuis que le nombre des décès par les maladies infectieuses s'est abaissé sous les progrès de l'hygiène. Les affections cancéreuses n'en demeurent pas moins un fléau redoutable qui cause la mort d'un sujet sur dix, au minimum. Or, comment leur étude se poursuivrait-elle avec fruit parmi nous, la clinique et la bactériologie se trouvant en des mains différentes, sans aucune corrélation sérieuse? On ne peut tenir pour suffisant le travail de laboratoire de nos hôpitaux généraux, où quelques élèves font leur apprentissage. En Angleterre, en Russie, en Amérique, des Sociétés se sont fondées, des cliniques et des hôpitaux spéciaux ont été institués exclusivement dans le but de recevoir et de traiter les cancéreux. Nous sommes donc forcés d'avoir recours au travail de ces fondations étrangères pour vous renseigner sur la pathogénie, l'anatomie pathologie et le traitement des tumeurs malignes. C'est ce que j'ai fait pour ma part et je commencerai par donner, d'après les auteurs anglais, l'exposé suivant, dont la portée pratique est considérable.

I

Il existe une communauté d'origine absolue entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Les arguments qui le prouvent ont été rassemblés par Charles W. Cathcart, qui en sa qualité de chirurgien et de conservateur du Muséum du Collège Royal de chirurgiens d'Édimbourg, a pu classer après examen un nombre considérable de pièces qui lui ont servi à faire sa démonstration devant cette Société, avec projections à l'appui. Cet auteur ne se dissimule pas qu'il n'est pas le premier à avoir formulé cette proposition. Mais constatant qu'il y a encore de nombreux opposants, d'autres simplement hésitants, il a entrepris d'établir qu'il n'y a pas une ligne de démarcation absolue entre les tumeurs bénignes et malignes. Les différences sont des différences de degré, et non d'espèce. M. Bland-Sutton's, dans un livre récent sur les *tumeurs*, écrit que « l'effet nuisible des tumeurs bénignes dépend entièrement de leurs rapports avec les tissus ou organes qui leur sont contigus, tandis que les tumeurs malignes entraînent la mort, quel que soit leur siège ».

Il y a plus, et W. Cathcart, s'autorisant de nombreux pathologistes des plus connus qu'il cite, réunit ses arguments sous trois chefs principaux :

1° Malignité des néoplasmes d'une même espèce suivant une gradation facile à démontrer, en examinant des tumeurs provenant de sujets différents ;

2° Changement de caractère d'une tumeur, qui, de bénigne devient maligne, chez le même individu ;

3° Apparition de certains caractères paraissant appartenir aux seules tumeurs malignes, au cours de l'évolution de néoplasmes, d'ailleurs bénins.

Gradation dans la malignité :

C'est dans la classe des tumeurs des os que l'on en trouve le plus d'exemples. Ce sont d'abord les *tumeurs cartilagineuses*, dont beaucoup offrent des caractères microscopiques exclusivement bénins, tandis que d'autres atteignent localement un accroissement de volume qui semble sans limite, et sont suivies elles-mêmes par des tumeurs qui se propagent par la voie sanguine. Les *tumeurs osseuses* elles-mêmes peuvent être suivies depuis

les productions bénignes et circonscrites, jusqu'à celles qui s'accroissent sans limite et récidivent après l'ablation, jusqu'à en arriver à celles qui sont décrites sous la dénomination de sarcomes, avec leurs caractères malins si tranchés. Les *tumeurs centrales ou médullaires* viennent ensuite, ayant toutes le caractère propre aux cellules myéloïdes (myeloid cells), dans les formes les plus simples, comme dans les plus malignes, la série suivant la même gradation que dans les classes précédentes. Il est aisé, en parcourant ces séries, de reconnaître les différents stages de la malignité, ainsi que les caractères transitoires (halfway-characters) par lesquels elle passe, tels que l'accroissement local et la dissémination sur place, avec ou sans encapsulation. Ce qui est encore plus caractéristique, c'est de constater, dans une même tumeur dont certaines parties paraissent inoffensives et d'autres malignes, la transition graduelle de l'une à l'autre, et nullement un mélange de deux espèces distinctes. En un mot, il y a similitude de structure entre les tumeurs qui composent chaque série.

Tumeurs fibreuses. — Cette classe présente un type de pseudo-malignité dans les *fibromes récidivants.* Quelques-uns présentant une capsule apparente, n'en récidivent pas moins après l'ablation. Au microscope, comme à l'œil nu, leur structure indique déjà cette gradation, car ils ont par endroits la structure des fibromes types, et dans d'autres celle du sarcome. Virchow a lui-même appelé l'attention sur l'absence de limite entre le fibrome tubéreux et le sarcome, en donnant à certains types la dénomination de « formes de transition ».

Tumeurs rénales. — Les séries graduelles se trouvent indiquées dans un ouvrage du Dr Kelynack's. Les « kystes trabéculaires » avec tumeurs papillaires sont particulièrement enclins à s'accroître indéfiniment et à manifester des caractères malins. Ce fait a été reconnu de beaucoup de pathologistes. Les différentes formes d'adénomes se confondent aussi les unes avec les autres. Ricker, Delafield, Willet ont noté leur tendance maligne fréquente, bien que leurs caractères microscopiques doivent les faire considérer comme des kystes simples.

Adénomes sébacés. — Le Royal Collège des chirurgiens possède des exemples des degrés variés de malignité de ces tumeurs, qui, tout en ayant les mêmes caractères microscopiques, peuvent aller des formes pédiculées les plus simples aux formes disséminées, et infiltrées dans les tissus voisins.

Tumeurs du sein. — Le Pr Halsted a décrit sous le nom d'*adéno-carcinomes* du sein des tumeurs qu'il suppose à mi-chemin (half-way) entre l'adénome et le carcinome. Mêmes exemples fournis par M. Thorburn. (*Illust. Med. News*, 14 sept. 1899.)

Tumeurs kystiques du testicule. — D'après l'opinion de M. Eve, qui en a examiné un grand nombre, « il n'y a pas de différence originelle entre les tumeurs kystiques bénignes et malignes du testicule; ce sont purement des variétés de la même forme de tumeur ».

Kystes multiloculaires de la mâchoire. — Le même auteur, dans un travail soigné, arrive aux mêmes conclusions pour ce genre de tumeurs : « L'opinion générale, suivant laquelle les tumeurs kystiques multiloculaires sont inoffensives, n'est pas fondée. La récidive suit fréquemment leur ablation, soit incomplète, soit même complète avec résection d'une partie du maxillaire. Et il cite un cas démonstratif que lui a communiqué M. R.-W. Parker. »

Chorio-épithéliomes. — On ne peut, en se rapportant à l'autorité de M. Teacher, établir de distinction tranchée entre les simples môles et les môles malins ou chorio-épithéliomes, que l'on considère leur histoire clinique ou leur apparence histologique.

Tumeurs de la vessie. — La classe intermédiaire semble constituée, dans cette région, par les tumeurs malignes à surface végétante. En effet, comme le remarque M. Hurry Fenwick (tumeurs de la vessie), elles ont l'indolence de papillomes simples au début, tandis qu'elles sont malignes par leur mode d'implantation.

Transformation de tumeurs bénignes en tumeurs malignes :

M. Cathcart a recherché des cas de cette espèce, en même temps que la présence simultanée des deux genres de néoplasies chez le même sujet. Sa démonstration porte sur des tumeurs de diverse sorte : *fibrome* du cuir chevelu, devenu malin parmi plusieurs grosseurs du même genre que portait un patient depuis l'enfance. L'ulcération se manifesta à l'âge de quarante-sept ans seulement, et on constate, après l'ablation, que le tissu fibreux, bien développé par places, était dans un stade beaucoup plus précoce sur d'autres points. De même, un *kyste sébacé* de la même région, porté par une femme depuis trente années, prit à l'âge de soixante ans une allure maligne rapide, avec engorgement ganglionnaire. La patiente étant inopérable ne tarda pas à mourir dans un asile. Plusieurs verrues de la main se convertirent en épithéliomas (Oliver Pemberton). *Un cancer mélanique*, plusieurs fois récidivant et finissant par entraîner la mort, fut observé chez une femme ; l'origine était une simple tache pigmentaire du dos. Les *tumeurs de la parotide* fournissent plusieurs exemples de transformation, après être restées stationnaires de longues années. Les *fibromes utérins* ont été reconnus susceptibles de subir un tel changement. Le Pr Séan's en cite un cas dans son livre des tumeurs ; ceci doit être d'autant plus mentionné, que cet auteur niait qu'il pût y avoir un état transitoire entre ces diverses formes. Les récentes discussions de notre Société de Chirurgie à ce propos nous dispenseront de nous étendre plus longuement sur ce point. Ce qui a lieu à l'utérus peut s'observer sur d'autres organes. Mentionnons pour terminer un cas d'adénome bénin de l'intestin transformé en carcinome rectal, cité par le Dr Ball (*Deutsch. med. Journ.*, vol. Ier, 1903), un goitre devenu malin, rapporté par M. Hutchinson, etc. La plupart des pièces auxquelles se rapportent les citations ci-dessus proviennent du Muséum d'Edimbourg.

La *présence simultanée* de tumeurs bénignes et malignes de même espèce se trouve démontrée dans les observations de tumeurs polypoïdes multiples du rectum et du côlon. Si leur histoire clinique était bien connue, peut-être faudrait-il les considérer comme des exemples de transformation, analogues aux derniers. Il est assez difficile, vu que l'examen a été fait *post mortem*, de dire si le caractère malin de certaines d'entre elles fut primitif ou secondaire. Toujours est-il que l'on en trouvera des cas dans les *Annals of Surgery* (vol. XXVI) et dans l'*Epitome in the Bristish Med. Journal* (avril 1899).

Combinaison de caractères.

Nous avons déjà vu des exemples d'accroissement indéfini des tumeurs bénignes, ainsi que des cas de récidive locale, dans la première classe que nous avons passée en revue. Je vais ajouter, comme exemple remarquable de récidive locale, des exemples qui font défaut à la collection de M. Cathcart. Ce sont les *lipomes ostéo-périostiques*, dont MM. Sebileau et Walther ont cité des cas récents. Ces tumeurs, le plus souvent d'origine congénitale, affectionnent la région de la ligne âpre du fémur et l'on a vu l'une d'elles récidivée après l'ablation.

Il nous reste à montrer des faits d'infection locale ou générale ayant pour origine des néoplasmes bénins. Or, M. Bland-Sutton (p. 418 du *Livre des Tumeurs*) cite plusieurs *kystes der-*

moïdes rompus engendrant des kystes dermoïdes secondaires dans la cavité péritonéale. On a vu (Caird) pendant l'ablation d'un kyste parovarien, que tout le péritoine pelvien avait été semé de végétations. Il n'en résulta aucun trouble pour la patiente, qui vit encore huit ans après.

Les *végétations syphilitiques* ou *simples* sont en réalité une forme contagieuse de tumeurs bénignes, que l'on voit tranférées de l'anus au pénis par voie de grattage. Les tumeurs contagieuses du chien, étudiées par MM. Washbourn et White sont des exemples du même phénomène. Certaines productions néoplasiques, inoffensives dans leur essence, ont donc un pouvoir contagieux local indéniable.

Comme exemple d'infection générale causée par une tumeur bénigne, on a cité le goitre, qui s'associe parfois avec des tumeurs thyroïdes multiples siégeant dans les os. Mais la malignité de la tumeur primitive peut être ici mise sérieusement en question.

On peut également citer la *lipomatose cervicale*, dont Debove citait récemment un exemple, avec prolongement rétro-sternal ayant causé des troubles dyspnéiques graves, et surtout ce curieux phénomène de constatation assez rare, la *lipomatose généralisée*, où les tumeurs, quoique essentiellement bénignes, n'en montrent pas moins, par leur multiplication indéfinie, un caractère anormal.

On peut donc adopter cette conclusion que chaque type de tumeurs, sans aucune exception, est susceptible de montrer les caractères de la malignité. En thèse générale, plus son organisation est élevée, plus il se rapproche de la classe simple et *vice versa*. Selon Cathcart, toutes les tumeurs formées de tissu conjonctif semblent converger vers la cellule ronde du type *sarcome*, et toutes les formes de tumeur épithéliale tendent vers le cancer encéphaloïde. Mais, et ceci est capital à noter selon moi, l'évolution clinique présente de sérieuses différences avec ce que nous apprend la structure, et nous ne pouvons nous baser uniquement sur l'examen histologique pour fixer le pronostic.

On peut, je crois, considérer comme hors de discussion cette filiation étroite de tous les types de néoplasmes. La conséquence, c'est que toute théorie, parasitaire ou autre qui ne s'appliquera pas à la fois aux tumeurs bénignes et malignes ne saurait nous satisfaire. Il est curieux de noter que, bien que les transformations de caractères, en fait de tumeurs, soient un fait déjà anciennement connu et journellement constaté, beaucoup d'entre nous se refusent encore à envisager les choses sous leur vrai jour. On craint, en adoptant ce nouveau point de vue, de voir bouleverser un classement établi par nos devanciers avec tant de peine, pour retomber dans le chaos primitif. Cette crainte doit aujourd'hui disparaître ; mais à côté du chapitre qui rassemble dans une même description les types bien définis de chaque espèce, les plus fréquents en somme, il est indispensable, pour chaque organe et chaque région, d'établir de nouvelles divisions selon le tissu où elles prennent naissance et leur degré de malignité. Pareil travail ne pourra être mené à bien qu'en tenant compte de leur évolution clinique, à laquelle ces nouveaux documents fournissent un sérieux appoint.

II

Après cet exposé, auquel je ne pouvais donner un moindre développement, nous examinerons la question de *nature* et nous aurons à rechercher si les recherches récentes ont pu jeter quelque lumière sur nos vues pathogéniques. Un grand nombre de travaux,

comme on sait, ont été récemment publiés sur la matière. J'ai pris connaissance de la plupart d'entre eux. On a dressé hypothèse contre hypothèse ; les unes ingénieuses et logiques, d'autres supposant démontrés les faits utiles à la cause. Certaines étonnent par l'incohérence ou la puérilité. Telle cette théorie qui fait de la formation des tumeurs une réaction de défense de l'économie et confond ce processus envahissant avec le processus de défense péri-inflammatoire. Pour la plupart, il est rare que ces longs plaidoyers vous laissent une conviction quelque peu ferme. Mais de l'ensemble se dégage la notion de quelques faits acquis, sur lesquels je reviendrai tout à l'heure.

Deux grands courants d'opinion sont en présence : le cancer est une maladie parasitaire. — Il n'est au contraire qu'un accident de la vie des cellules normales.

La théorie parasitaire est séduisante par certains côtés et elle est dans le goût du jour. Cette théorie repose sur la description de micro-organismes assez semblables les uns aux autres, mais dont la fortune fut précaire, en temps qu'agents pathogènes vraiment spécifiques. Quelques uns méritent pourtant d'être considérés ; il me souvient qu'au temps de mes études, le microbe de Lœffler et le bacille d'Eberth furent longtemps tenus pour douteux, avant de recevoir leur consécration définitive. Nous mentionnerons donc les raisons que l'on donne *a priori* de l'existence d'un agent pathogène introduit dans l'économie soit par le dehors, soit par le dedans. Le cancer naît le plus souvent dans le voisinage de la surface externe ou interne, celle qui est en contact avec les conduits, avec les canaux glandulaires. Ainsi que le remarquent les auteurs de l'Impérial Cancer Research, sans en tirer d'ailleurs argument dans ce sens, il affecte, non l'individu, mais l'*organe sénile*. Aussi, l'utérus et les glandes mammaires, qui se sénilisent plus tôt, sont-ils atteints d'une façon plus précoce, le testicule, plus tard, et la peau en dernier lieu. Ce qui n'empêche pas d'ailleurs le facteur *âge* d'être toujours au premier plan, ainsi qu'on peut le vérifier chez les animaux. Contre l'opinion généralement admise, M. Bashford soutient que le sarcome n'a pas de prédilection pour le jeune âge ; sa fréquence augmente avec les années, tout comme celle du carcinome. Enfin, et c'est là le fait capital, on est parvenu à l'*inoculer* chez la souris. Les expériences ont porté sur un nombre considérable de ces animaux (8.000) ; au total, on compte 50 p. 100 de résultats positifs, sans doute suivant les variations de la virulence. Il s'agit bien de greffes cancéreuses ayant donné lieu à la généralisation de tumeurs identiquement constituées. D'autre part, les essais portant sur d'autres espèces animales ont toujours échoué entre les mains de M. Murray. Il s'agit donc là d'un fait limité, dont il convient seulement de prendre acte, bien que les auteurs croient pouvoir conclure de ce vertébré à l'homme.

Examinons donc les résultats obtenus par divers expérimentateurs dans la recherche du parasite supposé. Je parlerai tout d'abord de l'hypothèse développée tout récemment par Henry T. Butlin devant le Royal College des chirurgiens. Pour lui, c'est la cellule cancéreuse elle-même qui personnifie l'agent pathogène. La ressemblance est frappante selon lui avec les masses que forment les tumeurs spécifiques de nature infectieuse, telle la tuberculose. Il existe chez le brochet et le barbillon des tumeurs causées par les myxosporidies qui offrent avec les tumeurs malignes de telles ressemblances, qu'il est presque impossible qu'elles relèvent d'autre chose que du cancer. M. Butlin montre que la cellule carcinomateuse est un organisme indépendant. Cette croyance est aussi celle de MM. Murray et Bashford. Mais Butlin la compare à un protozoaire, vivant en parasite

dans les tissus de l'animal qu'il a choisi pour hôte, lui enlevant, sans réciprocité, les éléments nécessaires à sa vie. Elle est en somme souvent une simple masse protoplasmique entourée d'une membrane et contenant un noyau ; ce sont là les éléments primitifs dont se compose un protozoaire, quelques-unes ont, comme lui des prolongements en pseudopodes. Le protoplasma de la cellule contient souvent des granulations et présente quelques vacuoles. Sa dimension et sa forme sont sous la dépendance des conditions extérieures au milieu desquelles elle vit. Sa physiologie est peu connue, vu qu'on n'a pas pu l'étudier en dehors du corps qui la loge. Mais on a tout lieu de croire que sa vitalité est très grande, car les inoculations ont pu être suivies de succès chez les souris, plusieurs jours après l'envoi à distance par la poste. Telles les masses de matière, elles ne meurent jamais complètement, étant renouvelées sans cesse. Chaque unité vivante cellulaire ingère, digère et excrète. La reproduction se fait par segmentation, ainsi qu'on peut le voir en examinant des cellules cancéreuses humaines. Sous l'influence de la chaleur, elles sont animées de mouvements amiboïdes et peuvent changer de forme, manifestant ainsi une vie propre. Ces éléments se transportent à distance et sont partout égaux à eux-mêmes, les tumeurs secondaires servant à fixer le genre de la tumeur primitive. Tel est selon l'auteur, le rôle qu'il faut assigner à cet élément ; seules, dit-il, des idées préconçues sur son origine et sa nature ont empêché d'apercevoir jusqu'ici ce point de vue. Hauser est le seul qui ait soutenu avec cet auteur que les cellules carcinomateuses sont une nouvelle espèce de cellules. On le voit, le carcinome ainsi considéré n'est pas l'odieuse bête tentaculaire que se représentaient les anciens ; mais ce concept ne diffère guère de l'ancien que par la dimension du parasite. Est-ce de la candeur, est-ce du génie ? Il ne m'appartient pas d'en décider. Je remarque seulement que l'auteur a choisi le carcinome comme type, laissant de côté l'épithélioma et le sarcome qui le gênent. Or, à moins d'admettre que ce dernier soit le produit de la germination d'un micro-organisme spécial, (ce que contredit l'histologie en montrant la similitude absolue des formes élimentaires), on s'explique difficilement la pénétration de ce parasite dans des organes tels que le périoste et les os.

A son tour, *Wlaëff*, s'autorisant des travaux de Leyden et de Buss, qui ont, l'un, signalé la présence de corpuscules ou *blastomycètes* dans les exsudats cancéreux, organismes analogues aux levures; l'autre, isolé ces mêmes corpuscules en cultures pures, a réalisé des inoculations, qu'il dit avoir provoqué l'apparition de tumeurs avec gonflement ganglionnaire. Comme la plupart de celles qui ont été obtenues par des procédés analogues, il s'agit de tumeurs inflammatoires. Cela n'empêche pas cet auteur de conclure qu'il considère les blastomycètes ou levûres virulentes comme les agents provocateurs des néoplasmes malins, pénétrant dans l'économie par l'intermédiaire des fruits pourris, fromages avariés, etc. Partant de ces données et d'études ultérieures sur la réaction d'agglutination du sérum des cancéreux traités ou non traités, vis-à-vis de ces agents, il préconisa un sérum dont l'efficacité ne put être démontrée. Cet auteur, dans un exposé qui manque principalement de clarté (*Journ. de Méd. de Paris*, 19 juin 1904), fait des rapprochements entre la syphilis et le cancer, que contredisent la clinique et l'observation journalière.

Jaboulay trouve suffisantes les preuves d'infectiosité pour qu'on puisse affirmer que toutes les tumeurs sont de nature infectieuse. Différentes en cela des protozoaires (grégarines et coccidies) qui engendrent des tumeurs chez les animaux, les myxosporidies

qu'il décrit avec figures à l'appui ne demeurent pas régionales, mais envahissent peu à peu tous les tissus et viscères. Toute la difficulté consiste à déceler leur présence dans les cancers humains. Il croit y avoir réussi et plaide l'identification des spores sur les préparations qu'il a confrontées. Ces recherches sont trop récentes pour que je puisse citer sur leur valeur une opinion autorisée.

Bien qu'il y ait quelque hardiesse à remonter un pareil courant, je dirai qu'il s'en faut que le caractère infectieux des tumeurs malignes soit évident! L'hypothèse parasitaire, écrit le Directeur de l'Imperial Cancer Research (rapport 1905), a été soumise à de sérieuses critiques de la part de nombreux pathologistes. Il ne possède aucun des caractères des agents infectieux, ne produisant dans l'organisme qui l'héberge aucune réaction générale; il ne semble agir que par sa masse et, chez la souris, sauf le cas de suppuration, il ne détermine même pas de cachexie. M. Murray ajoute que d'après ses expériences, l'élément cancéreux donne l'impression d'un organisme indépendant de celui qui le porte, capable de croître et de se reproduire d'un sujet à l'autre d'une façon indéfinie. Ces deux opinions, venant de la même source, sont assez contradictoires. Elles accusent cependant des différences entre l'agent pathogène du cancer et les agents infectieux.

De sérieux arguments se dressent en effet contre la théorie parasitaire; j'indiquerai les principaux. L'invasion de l'organisme par un parasite se traduit par des manifestations toujours les mêmes, pour un agent donné, sauf la question de degré. J'entends par là que le nodule tuberculeux par exemple est toujours identique à lui-même, en quelque tissu qu'on l'observe. Il est la manifestation de l'infection tuberculeuse, et si le tuberculome affecte une forme quelque peu spéciale dans certaines localisations, telles que la tuberculose iléo-cæcale, ce n'est que par suite de la réaction particulière des parois du viscère envahi. La maladie n'en est pas moins *une*, l'élément destructif affecte les mêmes dehors et tend uniformément à la caséification ou à la crétification, ou arrêt d'évolution. Pareille uniformité existe pour les lésions de la *syphilis*, de l'*actinomycose*, de l'*intoxication palustre*, etc., pour borner nos citations à des maladies à évolution longue, à l'exclusion des maladies aiguës, auxquelles le cancer ne saurait être comparé. En est-il de même du cancer? Nullement et l'on me permettra ici de tirer argument des travaux précédemment cités qui nous montrent toutes les néoplasies, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus malignes, étroitement reliées entre elles. Cette conception s'appuie principalement sur des faits cliniques, faits connus de tous, celui de la transformation fréquente des tumeurs bénignes en néoplasmes malins. Et je partage l'opinion de M. Cathcart, quand il dit que la plupart, admettant ces faits parce qu'ils sont indéniables, n'osent pas accepter les déductions qui en découlent et n'ont pas le courage de leurs opinions, parce que ces déductions choquent les idées actuellement en faveur. De fait, c'est cet argument qui gêne le plus les partisans de l'idée parasitaire.

En second lieu, étant donné la fréquence du cancer à la surface externe, si nous songeons que cette affection paraît remonter fort loin, la découverte du parasite qui l'engendre aurait dû précéder bien d'autres découvertes, ses qualités contagieuses auraient pu être anciennement connues. Or, nous venons de voir que les microorganismes que l'on a pu cultiver sont communs à des lésions différentes. C'est là tout le résultat atteint jusqu'à nous, malgré les admirables progrès de la technique bactériologique. La preuve par l'inoculation? Ceux-là même qui l'on faite sur une seule espèce animale déterminée

font les plus expresses réserves sur la légitimité de son application à la pathologie humaine. Ces résultats appellent donc de nouvelles recherches.

Il nous reste à examiner de près la contagiosité des tumeurs malignes. Je ne crains pas de dire qu'il n'en existe pas un seul fait bien démontré d'homme à homme. C'est qu'en effet, bien différente en cela de la syphilis, si facilement transmissible à tous, la carcinose ne se développe que sur un terrain spécial, l'affection étant à un haut degré, sinon fatalement, *héréditaire*. Les récits pouvant servir l'idée de contagion fréquente, sont bien peu dignes de foi. La croyance « aux maisons de cancer » provient de la même source que les récits fabuleux « des mouvements des objets sans contact », qui remplirent autrefois les revues de l'hypnotisme. Bien que notre attention soit depuis longtemps éveillée sur la réalité de la contagion qui est de notre compétence, nous n'avons noté jusqu'à ce jour que des cancers atteignant successivement les membres d'une même famille, et cela dans des conditions telles parfois, que l'idée de contagion directe ne pouvait venir à l'esprit. Tel le cas de deux frères, séparés depuis l'adolescence, dont l'un meurt d'un cancer de la langue, l'autre d'un cancer de l'intestin, aux deux antipodes du globe. Du même ordre sont les observations fréquentes de cancer à deux générations de distance dans la même famille et hors des atteintes de la contagion directe. Je sais bien que des observateurs ont signalé des cas qui paraissent formels : une femme (famille Katz) citée par M. Wlaëff, soignant son mari atteint d'un cancer de l'estomac, contracte la maladie au contact des matières rejetées et succombe, un an après, à un cancer du péritoine. Or l'histoire d'une maladie ne saurait être complète, si elle omet de nous renseigner sur la prédisposition héréditaire. En dehors de ces éléments indispensables, nous sommes fondés à ne voir là qu'une coïncidence. Le cancer, viscéral surtout, ne l'oublions pas, figure dans la mortalité générale pour une proportion assez forte pour que ce genre d'observation soit fréquent, si les deux sujets qui ont été en contact appartenaient, chacun pour son propre compte, à une souche cancéreuse? D'ailleurs, à ces faits discutables, j'en opposerai d'autres, ceux-là beaucoup plus probants. On n'a pas cité, que je sache, un seul cas de cancer de la verge chez l'homme, transmis dans les rapports entre époux, malgré la fréquence connue de l'épithélioma utérin et son début insidieux, longtemps ignoré et souvent dissimulé au mari. La conclusion qui s'impose, c'est que le cancer n'est pas contagieux, ou qu'il l'est fort peu. Il est assez de choses obscures dans son étude, pour qu'il soit nécessaire de proclamer ce qui est hors de discussion. A cet égard, la découverte d'un parasite n'infirmerait en rien cette constatation rassurante pour la pauvre humanité. *Telle la tuberculose dont la contagiosité fut longtemps mise en doute (Pidoux, avec sa grande expérience, n'affirmait-il pas sur la fin de sa carrière, qu'il n'avait pas vu un seul cas de contagion?), parce que rare et subordonnée à une question de réceptivité toute particulière ; tel et plus encore, le cancer.*

S'il est donc permis de considérer en face le cancer sans parasite, d'où nous viendra la vérité sur sa nature réelle? Il n'est souvent pas vérité si difficile à apercevoir que celle qui nous crève les yeux. Peut-être le dernier mot restera-t-il à ceux qui émirent les idées les plus simplistes, telles que l'hypothèse de M. Butlin; peut-être aussi faudra-t-il revenir à une théorie démodée, celle de Babès et quelques autres, qui accordent aux cellules normales une prédisposition congénitale ou acquise qui les porte à proliférer dans des sens divers, sous l'influence d'excitations chimiques ou mécaniques, ce qui est parfaitement d'accord avec l'intervention fréquente des irritations et du traumatisme, parmi les

causes occasionnelles? La cellule cancéreuse, issue des cellules normales de l'économie, portant en elle-même sa force de reproduction et son influence nocive, processus de néoformation comparable au processus de sclérose qui s'empare d'une région ou détruit tout un organe, tel est le point de vue auquel je me rallie volontiers, en me basant sur les considérations qui précèdent.

III

De la thérapeutique actuelle.

Nous plaçant maintenant à un point de vue pratique, deux points sortent éclairés du débat : à savoir que :

Les divers genres de tumeurs sont reliés par des liens étroits, attestant leur communauté d'origine.

Le mal est primitivement local.

Je me plais à trouver que c'est là un résultat considérable et dont on peut se contenter, en attendant que de nouvelles acquisitions viennent nous enrichir. Je vais en effet m'en servir pour montrer à quelles règles précises on doit aujourd'hui se rapporter, dans la thérapeutique du cancer au point de vue général. D'après les propositions sur lesquelles je m'appuie et qui ne peuvent être mises en doute par des observateurs de bonne foi (sur le terrain scientifique, il ne saurait y en avoir d'autres), on voit que de nouvelles indications surgissent qui nous montrent, d'une part, la possibilité d'éviter une transformation maligne de beaucoup de néoplasmes, en apparence indifférents; d'autre part, que la guérison réelle du cancer confirmé est subordonnée à sa destruction entière et précoce.

Sans doute, on nous a bien appris que plus on met de hâte à opérer, dans les cas de tumeur maligne, plus on a de chances de guérir son malade. Mais la plupart d'entre nous, et des meilleurs esprits, entendent encore par là qu'il ne s'agit que d'un sursis et que la récidive fatale surviendra tôt ou tard, sans tenir aucun compte des statistiques publiées annuellement dans les congrès, où l'on voit des cures opératoires d'une durée remarquable. C'est à eux que je dédie le contrôle de mes affirmations. Prenons une des interventions les plus controversées, l'extirpation partielle de l'estomac : le rapport du Kocher (de Berne) au XVIIe Congrès français de chirurgie indique tout d'abord que la mortalité est tombée de 44 % à 17 % et plus bas encore, si l'on tient compte des complications intercurrentes, telles que les affections pulmonaires. La survie pour ses gastrectomies ont été pour quatre malades de trois à cinq ans, pour un de six ans, pour les plus anciens 7, 11 et 16 ans. Plusieurs vivent encore avec un estomac qui fonctionne bien. Combien supérieurs ne seront point les résultats dans les cancers accessibles, où le mal pourra être extirpé dès le début. Cette limitation de la lésion à son début est d'ailleurs admise par des représentants de théories les plus diverses. Que le parasite, en admettant son existence, vienne du dehors ou du dedans, il se fixe et s'établit au sein des tissus qu'il affectionne. Ecoutons Henry T. Butlin à ce propos : « Nous pouvons nous rendre compte pourquoi nos opérations échouent et pourquoi elles réussissent. Les tissus avoisinants ayant été envahis par le parasite, nous n'avons pas porté le couteau assez loin ; or il a déjà gagné quelque glande ou organe voisin. Dans d'autres cas, il est moins vigoureux et actif, et n'ayant trouvé dans les tissus de son hôte qu'une vie précaire, il a pu être effectivement enlevé. L'action des agents destructifs est ainsi intelligible : c'est une question de complète destruction. »

D'autres auteurs anglais sont également convaincus que, dans les cas où la marche est lente, le parasite faisant carême dans les tissus qui l'hébergent, il est aisé d'obtenir une extirpation complète et définitive. Dans l'autre camp, on admet, et je suis du nombre, que sous une influence qui ne nous est pas connue, les cellules d'origine normale se mettent à proliférer de manière à former une masse envahissante qui refoule et comprime, ou au contraire infiltre tout ce qui l'entoure. Aussi la rapidité d'extension, et par suite le pronostic opératoire, sont-ils en corrélation étroite avec le siège même du cancer.

Cette limitation originelle m'a surtout frappé depuis quelques années où l'on s'efforce de faire bénéficier cette affection des avantages des nouvelles méthodes, sans autre espoir d'en obtenir autre chose que le soulagement de certains symptômes particulièrement pénibles. En effet, des topiques imprégnés d'antiseptiques puissants ont remplacé les charpies et pommades végétales et autres autrefois en honneur; des lavages fréquents emportent les sécrétions fétides, si bien que le cancéreux résiste longtemps à l'empoisonnement du sang par les poisons sécrétés au niveau de la tumeur. Les abcès, plus rares, sont ouverts ou ponctionnés, lavés et injectés, les ulcérations cautérisées. La vie est rendue plus supportable à l'infortuné patient, qni ne présente plus qu'exceptionnellement les altérations du teint qui ont longtemps passé pour caractéristiques. J'en ai vu dont l'état général ne différait pas sensiblement de celui des malades porteurs d'une plaie d'une nature quelconque. L'un d'eux, atteint d'un pire cancer, siégeant à la gorge et qui fut examiné par plusieurs de mes confrères, n'a jamais présenté d'ulcération extérieure, malgré des abcès qui se produisirent à la dernière période dans la masse des ganglions du cou. Ce malade, dont l'appétit s'était toujours maintenu, a conservé, jusque dans la période ultime, un teint frais formant un contraste absolu avec sa triste situation.

J'en arrive aux conclusions thérapeutiques qui me paraissent s'imposer : la *prophylaxie* du cancer comporte l'ablation de toutes les tumeurs bénignes, non plus simplement suspectes, mais suffisamment développées pour craindre des accidents futurs. Je ne voudrais pas ici être taxé d'exagération. Il ne saurait être question de sacrifier toutes les excroissances, telles que de simples verrues qui caractérisèrent jusque dans l'âge avancé d'illustres visages. Mais on fera bien de supprimer, quelle que soit leur innocuité apparente, tous les papillomes qui, par leur siège, sont exposés à des frottements irritants, nommément ceux qui se développent à la région cervicale, à la main, etc... On traitera de même les loupes, les kystes sébacés, les lipomes placés dans les mêmes conditions défavorables, avant même d'attendre qu'ils soient devenus gênants, les adénomes, si simples qu'ils puissent paraître. On peut espérer ne pas rencontrer trop de résistance chez leurs porteurs, quand on trouve aujourd'hui la décision nécessaire pour se faire extirper l'appendice, dans un but préventif, ce qui confine à la démence.

En ce qui concerne l'*épithélioma* véritable, ou le *carcinome*, il faut évidemment distinguer entre ceux qui sont *accessibles* et ceux qui sont *inaccessibles*.

Pour les premiers, on peut s'en rapporter à la formule connue, à savoir que : plus le mal est limité, au début, plus large doit être le sacrifice. Le corps du délit sera donc supprimé, et avec lui, *sans aucune exception*, les ganglions lymphatiques qui commandent la région. Ceci est particulièrement important pour les épithéliomes des lèvres et de la langue. Lejars, Morestin, Poirier l'ont dès à présent érigé en règle. Il faut vider les creux sous-maxillaires des glandes et en outre de tout leur tissu cellulaire, traversé par les lympha-

tiques, et il faut agir ainsi dans les cas où la lésion semble même le plus limitée : *Aucune sécurité n'est permise sans cette précaution.*

La question est autrement ardue en ce qui touche les cancers viscéraux. Si les résultats de la thérapeutique chirurgicale, en ce qui les concerne, laissent tant à désirer, c'est que leur extension a passé toute limite répressible, au moment où nous les révèlent nos moyens d'investigation ordinaires. On doit donc porter plus d'attention à ce *stage précancéreux* déjà signalé par des auteurs, surtout en Amérique. Il faut noter avec soin les troubles digestifs significatifs par exemple, chez les sujets à hérédité cancéreuse ; faire pratiquer chez eux l'examen du sang, au point de vue de sa richesse en globules, faire doser l'urée ; tous moyens qui, insuffisants isolément, peuvent former, par leur réunion, un faisceau de probabilités profitable au diagnostic. On doit enfin chercher à utiliser dans le même but une réaction spécifique analogue à celle de la tuberculine. En existe-t-il ? Je puis au moins en signaler un, le sérum d'Adamkievicz. Ce sérum (dénommé fâcheusement cancroïn, ce qui oblige à le dissimuler) donne lieu à une réaction locale telle, que je le crois capable de faire apparaître des tumeurs insensibles auparavant à la palpation. Je n'ai pas observé le même effet avec les levûres, mais M. Wlaëff réclame la même propriété pour son sérum, et je suis persuadé que plusieurs d'entre ces liquides doivent être utilisables dans ce sens, avant d'être employés comme adjuvants du traitement. Sitôt le diagnostic assuré, on agit sans retard. Si l'on nous oppose, en le retournant contre nous, l'argument du *terrain*, nous conviendrons que l'opéré qui a des organes vulnérables au cancer demeurera exposé à de nouvelles atteintes, soit locales, soit plus ou moins distantes. Du moins, il connaîtra ses points faibles, suivra une hygiène plus appropriée et évitera peut-être une invasion nouvelle qui, se produisît-elle, n'infirmerait en rien les avantages qu'il aurait pu retirer d'une première intervention, et pourrait être d'ailleurs traitée avec la même opportunité !

Tout est donc subordonné à l'exérèse précoce et aussi radicale que possible. Dans ma première étude sur la matière (*loc. citat.*), je disais qu'il est indiqué de préparer le succès opératoire en introduisant dans l'économie, par un traitement de quelques jours, des substances dont la présence s'est montrée défavorable à la germination des éléments cancéreux ; ainsi qu'exprimait M. Doyen quatre années plus tard. Je citais alors l'arsenic et la quinine. Je pense aujourd'hui que toute perte de temps serait funeste et que la conduite la plus conforme aux idées que je viens d'exprimer consiste à opérer sans délai. Le traitement médical actuel sera réservé pour la période ultérieure et là, je juge qu'il peut jouer un rôle des plus importants pour assurer le résultat de l'opération et, dans les mauvais cas, éloigner la récidive. Ce traitement demeure notre seule ressource dans les cas inopérables. A ce propos, il convient de faire remarquer combien les limites de la non opérabilité ont été reculées, puisqu'on a pu, dans ces derniers temps, enlever les deux carotides infiltrées par les fongosités cancéreuses et voir les malades survivre dans des conditions acceptables. Je dirai maintenant quelques mots des meilleurs moyens à mettre en œuvre, en attendant la découverte espérée d'un médicament spécifique, analogue au mercure dans le syphilis, qui pourra bien précéder celle du parasite supposé. L'arsenic, hormis le cas d'applications locales sur des cancers superficiels, me paraît avoir usurpé sa vieille réputation. En l'employant même sous forme de cacodylate, je n'ai observé aucun effet spécial sur les cas que j'ai pu suivre de près. Il n'en est pas de même de trois autres classes de médicaments : la *quinine*, les *levûres*, les *sérums*, principalement

les toxines cancéreuses. J'ai publié en 1901 (1er déc., *Rev. de thérapeutique*) un cas de guérison opératoire durable d'une tumeur fongueuse et végétante du col utérin, dont l'examen histologique fut fait par M. Hallion. Cette opérée se porte à merveille cinq ans après et je suis fondé à croire que la saturation du sang par les injections de quinine n'a pas été sans jouer un rôle dans le rétablissement complet de la malade. C'est aussi l'impression du Dr Georges Barré qui la soignait et m'a donné récemment d'elle les meilleures nouvelles. Mon confrère et ami, le Dr Papillon, attribue également à l'action de la quinine la longue durée de l'évolution d'un cancer qu'il a eu à traiter. Je rappelle que M. Jaboulay, qui préconisa cette méthode, commence par administrer la quinine par la bouche. La dose est de 1 gramme par jour en cachets, avec quelques suspensions. Si le sujet manifeste de l'intolérance gastrique, on recourt à la voie hypodermique. La formule générale est : sel de quinine 1 gramme, eau distillée 4 grammes, de sorte que chaque centimètre cube contient 0 gr. 25 de sel. J'ai conseillé, après expérience, de donner la préférence au chlorhydrosulfate qui, moins que les autres, donne des indurations douloureuses. Ces injections, suivant la méthode généralement adoptée, doivent être poussées dans les interstices des masses musculaires.

Les levures m'ont paru agir dans le même sens. Le néoplasme durcit, se rétracte et semble entrer quelque temps en régression, pour reprendre ensuite sa marche envahissante, dès qu'on interrompt. Cet effet a atteint son maximum dans les deux cas où je me suis servi du sérum d'Adamkiévicz. Ce sérum, à base de toxines cancéreuses humaines, exhale une odeur d'acide phénique. On l'emploie en injectant de 1 à 2 centimètres cubes à la fois, et j'ai pu aller jusqu'à 10 centimètres cubes. Dans un cas de cancer de l'amygdale, j'ai observé les effets suivants : une demi-heure après l'injection, le malade est pris de frissons, avec transpirations profuses. La tumeur et les ganglions se gonflent jusqu'à augmenter d'un tiers le périmètre du cou. Cet effet dure une demi-heure, après quoi une sensation de bien-être succède à cet état pénible, et dès le lendemain, on note une régression notable du paquet ganglionnaire, appréciable à la mensuration et qui persiste si le traitement est prolongé. Malheureusement, le traitement syphilitique me fut imposé dans ce cas, pour flatter l'espoir du malade, et l'interruption de la sérothérapie fut marquée, à deux ou trois reprises, par une aggravation immédiate de tous les symptômes. M. Doyen avait donc raison, dans sa tentative avortée, de penser qu'il faudra considérer la sérothérapie à un double point de vue : arrêter les accidents en cours, vacciner ensuite le malade contre le retour offensif du mal. A cet égard, il n'y a pas lieu de refuser à son sérum, préparé avec les cultures d'un microorganisme qui habite réellement les tumeurs malignes, les mêmes avantages palliatifs que ceux que je viens de signaler et que M. Petit, si je ne me trompe, a consignés déjà dans la *Gazette des Hôpitaux* pour la cancroïne. Ce que l'on ne saurait admettre, c'est qu'un sérum, dont la preuve de l'efficacité curative est encore à faire, possède une vertu préventive et puisse être employé comme vaccin, ainsi que le prétend M. Doyen. Quant aux effets prétendus curateurs par le traitement médical seul, on peut s'étonner que les auteurs s'appuient sur des cas datant de moins de quatre ans, quand on sait que les tumeurs malignes peuvent évoluer assez lentement. Il n'est pas rare de voir cette évolution spontanée atteindre trois et quatre années. Or, dans sa plus récente communication, M. Doyen parle des résultats obtenus chez des malades, dont les plus anciens sont traités depuis quatre ans au plus !

Pour me résumer, le traitement médical ainsi compris n'eût-il pour effet que d'enrayer l'intoxication cancéreuse et d'améliorer le côté répugnant de cette triste affection, qu'il serait cent fois indiqué. Or, on rencontre souvent à l'emploi des sérums actuellement connus une opposition systématique de la part de confrères qui refusent de prêter la main à cette thérapeutique, sans avoir d'ailleurs rien de mieux à proposer. Nous vivons en France sous un régime scientifique qui paraît peu favorable à l'éclosion des grandes découvertes et la régularité avec laquelle elles nous arrivent de l'étranger, aurait dû nous apprendre depuis longtemps la modestie. Si notre rôle doit se borner à contrôler et à mettre en valeur, d'une façon parfois heureuse il est vrai, les travaux de nos voisins, du moins faut-il le remplir avec conscience et ne pas condamner avant d'avoir jugé.

Jusqu'à ce jour, le malade à qui nous avons déclaré qu'il a « quelque chose de mauvais dont il faut le débarrasser », comprend à demi-mot. Il se résigne sans trop d'hésitation à se faire opérer, désireux surtout d'être délivré d'un hôte qui en veut à sa vie. Mais c'est le désespoir dans l'âme, car il redoute l'avenir et n'espère rien de mieux du couteau du chirurgien, que la prolongation d'une existence condamnée. Il y a peu d'années, ces craintes étaient amplement justifiées, le médecin suffisant complice de l'entourage pour tromper le patient sur la véritable nature de sa maladie, laissait ainsi le mal dépasser les limites de la curabilité. De grands progrès, il faut le reconnaître, mais surtout à l'étranger, ont été accomplis depuis. Les cancers viscéraux sont maintenant opérés relativement de bonne heure ; aussi les résultats sont-ils meilleurs. Notre devoir exige que celui dont la vie est en jeu soit informé de la situation aussi exactement que les ménagements nécessaires le permettent, qu'il sache qu'il peut guérir et à quelles conditions. La tuberculose a passé par les mêmes phases ; les malades acceptent aujourd'hui ce diagnostic, qui équivalait pour eux autrefois à un arrêt de mort, depuis qu'ils savent qu'elle est curable dans certaines conditions. Cessant d'être un épouvantail, le cancer pourra être traité ouvertement et sans dissimulation, de même que pourraient être fondés des établissements spéciaux en tête desquels les malades ne liraient plus en imagination : « lasciate ogni speranza ». Là seraient poursuivis des travaux et recherches parallèles sur le terrain clinique et expérimental, sous la direction d'hommes compétents, qualifiés par leurs travaux, au lieu d'être choisis au hasard des concours.

Je conclurai en disant que, devant l'inefficacité de toute thérapeutique médicale curative, c'est au médecin qu'il appartient de fournir au chirurgien les moyens d'accomplir la cure *radicale* du cancer, qui est en son pouvoir exclusif et le demeurera longtemps encore, sinon toujours.

Là ne se borne pas son rôle : il instituera à la suite un traitement médical anti-cancéreux *périodique*, analogue au traitement antisyphilitique. Dans les cas réellement inopérables, il possède dès à présent des armes suffisantes pour changer du tout au tout la condition misérable des cancéreux et serait hautement blâmable de n'y pas recourir.

BIBLIOGRAPHIE

Charles W. Cathcart (*British. med. journal*, 4 juin 1904).
P. Halsted (vol. XXVIII, *Annals of Surgery*).
Journal of obstetric and gyn. of the British Empire, juin 1903.
Boshford (*Scient. Reports, Imperial cancer Research Fund*, p. 81, 1905), Londres.
Soc. de chirurgie, 21 juin 1905.
Carcinoma is a Parasitic Disease, *Henry T. Butlin, British med. Journal*, 15 décembre 1905.
Wlaeff (*Journ de méd. de Paris*, 19 juin 1904).
Jaboulay, Myxosporidées et tumeurs de l'homme (*Province médicale*, 4 novembre 1905).

BOSTON MEDICAL LIBRARY OCT 4 1907

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 janvier 1906.

Présidence de M. Le Gendre

M. Laumonier, à propos de l'*hémoplase*, fait remarquer que les résultats obtenus avec ce produit dans la tuberculose sont à peu près les mêmes que ceux enregistrés par divers auteurs ayant expérimenté d'autres médicaments. Cette constance dans les statistiques semble indiquer qu'une règle générale préside à la réussite des divers agents thérapeutiques : il faut admettre que sur 100 tuberculeux, il en est 70 environ qui doivent guérir ou du moins s'améliorer notablement, et 30 qui succomberont, quel que soit le médicament neurotrophique employé.

M. Gallois, à propos de l'*évaporation du chloroforme* enfermé dans un flacon bouché à l'émeri, estime qu'il est facile d'éviter cet inconvénient. Il en est de même pour les incrustations qui se font entre le flacon et le bouchon quand on se trouve en présence de solutions salines. Le procédé le plus simple est d'enduire de vaseline la partie rodée. Le bouchon tient par son propre poids, et les évaporations ou incrutations ne sont pas à craindre.

M. Chevalier, à propos de l'*iodomaïsine*, croit que ce dernier corps doit plutôt rentrer dans la catégorie des albumines iodées comparables à la thyroïdine; elle a sur cette dernière l'avantage d'être plus stable. L'orateur ne croit pas que l'iodomaïsine soit un véritable succédané de l'iode et des iodures.

M. Laufer lit un travail concernant l'*administration nocturne des médicaments :* il rappelle que certaines manifestations morbides augmentent la nuit (syphilis, épilepsie, etc.). Or, la thérapeutique n'a pas l'air d'en tenir compte, car on continue en général à donner les médicaments pendant la journée dans les cas de ce genre : s'il s'agit d'un rhumatisme aigu, par exemple, l'évolution de la maladie s'effectue pendant la nuit sans entraves.

L'orateur cite plusieurs cas dans lesquels des malades, présentant une exaspération nocturne de leur affection, avaient résisté à la médication usuelle et furent guéris dès que l'on fit porter l'effort thérapeutique sur les heures nocturnes : il s'agissait de médicaments à élimination rapide, tels que des iodures et des bromures, le salicylate de soude, etc.

Il faut admettre que, pendant la nuit, l'organisme, en état de jeûne relatif, absorbe plus énergiquement les remèdes. L'élimination en revanche est retardée.

M. Linossier constate que la continuité d'action médicamenteuse présente souvent une grande importance : il y a longtemps que Huchard a dit que pendant que le malade dort, le rhumatisme veille. Mais pour les médicaments à élimination lente, tels que la digitale, par exemple, il n'est pas nécessaire de les administrer la nuit.

M. Le Gendre croit que la pathologie nocturne n'est pas la même que la pathologie diurne : tel est le cas surtout dans les affections où l'on observe de l'auto-intoxication. En outre, dans les affections douloureuses, on trouve une sorte d'auto-intoxication nerveuse, de terreur latente qui provoque une exacerbation manifeste des douleurs : l'administration nocturne des médicaments sera alors tout indiquée.

M. Linossier rappelle que, pour obtenir la continuité de l'action du salicylate, il suffit de faire au malade au moment où il s'endort, une application de salicylate de méthyle, dont l'action est lente à se manifester.

M. Burlureaux lit un travail sur le *cacodylate de gaïacol* : ce produit n'est soluble dans l'eau que dans la proportion de 5 p. 100 : il contient 50 p. 100 de gaïacol. L'orateur l'administre en solution aqueuse; il obtient ainsi une action dynamogénique indubitable. L'injection est presque indolore, ce qui tient sans doute à des portions non dissoutes, en suspension dans le liquide injecté. Dans la grippe, l'action antithermique est remarquable.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des hôpitaux.

Nouveaux résultats obtenus par la sérothérapie de la scarlatine, par BELA SCHICK (*Deutsche med. Wochenschrift*, 28 décembre 1905). — L'auteur fait remarquer que cette méthode a surtout attiré l'attention des médecins russes, qui se trouvent fréquemment en présence d'épidémies très meurtrières : l'impuissance de la thérapeutique usuelle les a engagés dans cette voie.

Schick a injecté du sérum provenant de l'institut sérothérapique I. R. de Vienne à 60 malades de la clinique du Pr Escherich. Ces cas ont été choisis parmi les plus graves et ont donné 16,6 % de mortalité. Tous les enfants injectés au cours des 2 premiers jours de la maladie ont été sauvés : un seul enfant injecté le 3e jour est mort. Le nombre total de ces sujets est de 35. Pour le 4e jour, on compte 13 cas avec 4 morts : pour les 7e, 8e et 11e jour, la mortalité atteint 100 %.

Il faut conclure de ces faits que l'on doit injecter aussitôt la maladie reconnue ; les effets seront d'autant plus remarquables que le cas paraît plus grave. On ne peut expliquer que par une action antitoxique intense les phénomènes observés : le sensorium revient à la normale, la cyanose disparaît, l'exanthème pâlit et dans beaucoup de cas la température revient à la normale, sans collapsus, 4 à 6 heures après l'injection.

Les cas les moins favorables sont ceux où le nasopharynx et les lymphatiques de la région sont fortement atteints.

Dans 26 cas sur 60, la chute thermique a atteint plus de 2°, en 24 heures, dans 4 cas elle fut de plus de 3°.

L'injection ne semble pas empêcher l'apparition de troubles néphritiques : on les a décelés 2 fois sur 49 cas guéris, 4 fois sur 11 autopsies.

Dans 75 % des cas, l'injection fut suivie de troubles attribuables au sérum : dans 5 cas seulement ces troubles présentèrent une certaine intensité. On n'observa jamais d'abcès au point d'injection.

Dans les cas graves, il faut toujours injecter au moins 200 cc. à la fois ; dans 2 cas, avec terminaison exceptionnellement favorable, la quantité injectée en une fois a été de 400 cc.

E. VOGT.

Destructions azotées et antipyrèse dans la fièvre typhoïde, par P. DEUCHER (*Zeitschr. f. kl. Med.* 5, 1905). — Les recherches de l'auteur ont porté sur douze cas de fièvre typhoïde. L'alimentation des malades était principalement composée de lait auquel on ajoutait de l'eau ou du thé avec du sucre, du cognac ou du vin, parfois aussi du bouillon avec un œuf. On a déterminé l'azote des aliments, de l'urine et des selles. La première période fébrile de la recherche, pendant laquelle on s'abstint de toute intervention thérapeutique, a duré de un à trois jours ; à cette période a succédé une autre d'antipyrèse. On a supprimé la fièvre pendant deux jours, une fois durant quatre à cinq jours par des antipyrétiques médicamenteux, pyramidon, quinine, euquinine, parfois lactophénine, phénacétine, thalline. Ces médicaments ont été employés à des doses qui ne provoquaient pas de frissons. Enfin une autre période d'observation a suivi pendant laquelle on ne faisait pas de traitement. Ces recherches ont montré que l'antipyrèse artificielle par les médicaments diminue l'élimination de l'azote, que celle-ci atteint cependant ensuite des valeurs plus élevées qu'avant la médication. En renouvelant l'emploi du médicament l'action de ce dernier devient de plus en plus faible. La quinine et l'euquinine ont donné les actions les plus intenses.

L. JUMON.

Sur les crises dans les maladies aiguës, par O. ROSENBACH (*Fortschritte der Med.*, nos 18, 19, 1905). — La notion de crise dans le sens employé par Galien *subita morbi ad sanitatem conversio* n'est guère admise des jeunes générations médicales que dans la pneumonie. Cela est dû à ce qu'on ne tient compte que d'un seul critérium, fourni par la courbe de la température. Dans la thermométrie, comme on la pratique aujourd'hui, on enregistre de petites oscillations thermiques qui étaient ignorées autrefois des médecins, de sorte que le tableau classique de la crise ne se montrait pas. D'un autre côté l'abaissement subit de la température succédant aux phénomènes d'excitation de la perturbation critique et associé à des symptômes de dépression de l'activité réflexe, sueurs, pouls petit, peu tendu, peau froide, somnolence, a souvent la signification d'un collapsus; les excitants sont alors souvent inutiles et parfois nuisibles pour provoquer des réactions. Il ne faut pas y avoir recours, si des phénomènes menaçants, comme une violente douleur abdominale, la pâleur, des signes d'hémorrhagie interne, des vomissements, l'œdème pulmonaire, la disparition d'un bruit cardiaque, le rythme de galop, le pouls faible, ne sont pas associés à l'abaissement de la température. Comme dans les maladies fébriles aiguës, l'acmé de la fièvre est la résultante entre l'excitation, c'est-à-dire l'intensité de la maladie et la réaction, on pourra donner une petite dose d'antipyrétique, phénacétine ou antipyrine, 0,25 et 0,50, quatre à six heures environ avant le début de l'élévation attendue de la température. Parmi les autres médicaments l'auteur recommande dans la fièvre typhoïde de petites doses de quinine, 0,20 à 0,40 par jour, l'alcool et les excitants seulement dans le collapsus, la digitale avec l'acide chlorhydrique dans tous les cas d'hyperthermie, où le tonus vasculaire est insuffisant.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Régime des diabétiques. (*Société vaudoise de médecine*, 7 octobre 1905). — Au cours de cette discussion, TAILLENS fait remarquer que la pomme de terre bouillie ne lui a donné que des résultats incertains; JAUNIN, s'appuyant sur deux cas mortels, fait ressortir les dangers de l'ingestion immodérée de raisins, au moment des vendanges, par des sujets atteints de diabète non soupçonné; BERDEZ, GONIN préconisent l'interdiction du tabac; DUFOUR appuie les conclusions des deux derniers orateurs à cause de l'atrophie du nerf optique, fréquente chez les diabétiques; l'usage du tabac ne peut qu'augmenter la prédisposition à cette affection.

E. VOGT.

Le traitement salicylé du rhumatisme articulaire aigu, par LINOSSIER et LANNOIS (*Journ. des praticiens*, 23 décembre 1904). — Les auteurs, contrairement à l'avis du Pr Schmitt, de Nancy, estiment que les applications externes de salicylate de méthyle agissent aussi bien sur les phénomènes généraux que sur les douleurs articulaires, à condition d'employer des doses suffisantes, c'est-à-dire 10 à 12 grammes par jour en cas de rhumatisme articulaire aigu; ces doses correspondent à 8 grammes de salicylate pris à l'intérieur. L'indication de préférer l'application externe de salicylate de méthyle à l'ingestion de salicylate de soude se trouve dans l'état des voies digestives.

E. VOGT.

Traitement du rhumatisme chronique, par PAINTER (*Med. News*, 23 décembre 1905). — L'auteur distingue trois grands groupes de rhumatisme chronique : celui d'origine infectieuse, la forme atrophique et la forme hypertrophique. Dans le premier cas il n'y a pas grand'chose à obtenir de l'emploi des applications salicylées et de la chaleur. Dans la période aiguë, le repos de la jointure et les moyens propres à calmer l'inflammation et la douleur sont indiqués. Dans l'arthrite blennorrhagique, il est mieux dans certains cas d'ouvrir l'articulation par deux incisions latérales et de la laver avec une solution saline chaude. Mais l'intervention chirurgicale n'est autorisée que si les phénomènes d'acuité s'aggravent rapidement. Les résultats donnés par le traitement de Bier dans les arthrites suppurées ou non ont été très satisfaisants surtout pour combattre la douleur, mais il est difficile de savoir si l'on obtient encore une meilleure mobilité de la jointure. Le massage, la congestion passive, les douches chaudes locales favorisent la résorption des infiltrations. Le massage mécanique et les exercices avec les appareils de Zander sont très précieux dans le traitement consécutif des cas infectieux, surtout lorsque la sensibilité est assez tombée pour permettre quelques mouvements. L'emploi de ces appareils offre certains avantages dans le type atrophique de l'arthrite où il n'y a pas d'érosions des cartilages. Dans

la forme hypertrophique il peut causer une aggravation des symptômes. D'autres arthrites dues à des infections plus légères peuvent être efficacement traitées par des injections phéniqués ou par l'ablation des villosités suivie du lavage de l'articulation avec une solution antiseptique ou une solution saline.

Contre les affections polyarthritiques générales, on pourrait opposer l'action des sérums antistreptococciques, mais il est impossible de dire aujourd'hui à quel point le résultat de ce traitement qui semble rationnel se maintient.

Dans tous les cas il faut instituer un traitement tonique général, car la nutrition a toujours souffert.

Le traitement des formes atrophiques d'arthrite peut être divisé en constitutionnel, mécanique et opératoire. Le régime doit être substantiel pour relever l'état général. Les iodures et les salicylates dont on a fait abus, n'ont pas grande action et peuvent causer de la dyspepsie. Le traitement mécanique est indiqué dans les difformités qui succèdent aux contractures. Il importe beaucoup de corriger la difformité parce qu'on permet ainsi au patient de se mouvoir et de faire de l'exercice, et parce qu'une difformité qui date de longtemps est plus difficile à corriger.

Le massage et les mouvements passifs sont avantageux à toutes les périodes de la maladie. Quant au traitement opératoire, l'excision des grandes articulations ne donne pas de résultats très satisfaisants. Le plus souvent il sera préférable de pratiquer l'arthrotomie et d'enlever tous les épaississements de la capsule qui causent de la douleur et limitent les mouvements.

Dans l'arthrite hypertrophique on peut négliger le traitement constitutionnel. Il faut seulement combattre la constipation, puis stimuler de toute manière les fonctions éliminatrices de la peau. Dans la période aiguë on peut permettre tout mouvement qui ne cause pas de douleur. Les manipulations sont contre-indiquées à toutes les périodes de cette forme d'arthrite. Lorsque la période aiguë est passée et qu'il subsiste des déformations, on les corrige, si c'est nécessaire, par l'ostéotomie. On peut arrêter le développemeut des lésions des doigts en faisant porter de petites attelles pendant la période de développement de la maladie, mais la plupart des malades préféreront les difformités à la privation de la fonction des mains pendant le traitement. Pour les genoux il n'y a aucun avantage à enlever les nodosités d'Heberden. La hanche doit être protégée par un spica pendant un temps indéfini.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Blessures vasculaires dans la guerre russo-japonaise, par M. L. BORNHAUPT (*Arch. f. Klin Ch.*, LXXVII,3).—Observations du plus haut intérêt, car elles bouleversent toutes nos idées sur le traitement des plaies vasculaires par balles. Ce changement, observé par l'auteur à l'hôpital d'arrière de Kharbine, est entièrement dû à la balle moderne. Le caractère et l'évolution de ces plaies se présentent sous un jour entièrement nouveau. La ligature immédiate, autrefois de règle pour une grosse artère, est exceptionnelle. Ce qui paraît devoir être établi en règle, c'est de favoriser par le pansement aseptique et l'immobilisation le développement de l'anévrysme traumatique, qui est susceptible de guérison spontanée ou de cure opératoire. 22 faits observés se répartissent ainsi : 3 *hémorrhagies* (carotide primitive, carotide interne, fémorale profonde). Les plaies étaient infectées, ce qui eût pu s'éviter par des pansements immédiats mieux compris, l'hémorragie n'eût pas eu lieu. Les deux blessés atteints au cou, après ligature des gros vaisseaux, guérirent. Le troisième, atteint à la cuisse, transporté onze jours sans attelle, avait de le gangrène gazeuse et succomba. Chez 8 autres blessés, la blessure avait occasioné des anévrysmes artériels, si l'on peut dire, dans des conditions idéales : la balle, tirée à distance moyenne, fait un trajet étroit, sans dilacération des tissus voisins; il se bouche facilement par un caillot et a tendance à se rétrécir. Le sang se collecte donc autour du vaisseau, lésé à l'emporte-pièce et latéralement. On a donc un anévrysme circonscrit, facile à opérer par l'*extirpation*. Trois d'entre eux ont même manifesté une telle tendance à la guérison spontanée (fémorale, iliaque externe) qu'on ne les a pas opérés avant l'évacuation. La meilleure date pour opérer ces anévrysmes paraît être de quatre à six semaines, la plaie étant alors tout à fait cicatrisée. Enfin, 11 cas d'*anévrysmes artério-veineux* complètent cette liste : 9 cas, traités par l'extirpation, donnèrent la guérison opératoire, dont les suites éloignées ne furent pas connues, les blessés ayant été hâtivement évacués. Un blessé fut renvoyé sans opération. Un seul cas, où il fallut pratiquer la ligature de l'artère et de la veine poplitées, fut suivi de gangrène du membre et obligea à faire l'amputation suivie de guérison.

A. BENOIT.

Traitement opératoire des fractures de la rotule, par JOHN GIBBON (*Med. News*, 16 décembre 1905). — La rétraction du fragment supérieur dans les fractures de la rotule par un groupe puissant de muscles et l'interposition de tissus ligamenteux entre les fragments, rendent très difficile le traitement non opératoire de ces fractures. L'opération est justifiée si elle est faite d'une façon absolument aseptique ; elle consiste à mettre complètement à nu les fragments et les ligaments déchirés. Toutes les méthodes intermédiaires n'ont pas les avantages de la méthode ouverte et exposent à l'infection. Stimson sur 40 cas de sutures sous-cutanées a eu deux infections graves avec ankylose du genou, tandis que sur 200 cas traités à ciel ouvert il n'y a eu qu'une infection légère sans ankylose. La suture des os seuls a été abandonnée, l'opération consistant soit dans une simple suture des ligaments latéraux et des tissus fibreux au-dessus de l'os ou en y ajoutan une ou deux sutures à travers la rotule même.

Si l'opération n'est pas faite immédiatement, on applique un bandage serré avec de la glace pour prévenir l'épanchement sanguin. L'auteur recommande l'incision courbe transversale, permettant un accès facile des ligaments déchirés. On emploie des sutures de catgut que l'on ne doit pas serrer. La jambe est posée sur une gouttière postérieure et bien élevée, le pansement est changé à la fin de la semaine et on enlève les sutures. Dans la suite on pratique des massages fréquents. Au bout de trois ou quatre semaines on enlève la gouttière et on masse régulièrement, on commence la flexion passive après quatre semaines. La période de convalescence est moitié moindre que lorsqu'on emploie simplement la gouttière. Cependant ce dernier traitement est préférable si l'opération en raison du milieu, de l'opérateur et des aides ne peut se faire d'une façon aseptique, car s'il survient de la suppuration il faut s'attendre à de l'ankylose, parfois même à la perte du membre. Rodman croit aussi que l'opération sous-cutanée est plus dangereuse par la méthode ouverte aseptique, mais il réserve cette dernière pour les individus jeunes menant une vie active. Enfin pour opérer il attend que les symptômes inflammatoires aigus aient disparu.

L. JUMON.

Hémothorax traumatique. Evolution clinique et indications chirurgicales par le Dr E. RIBAS Y RIBAS (*Revista de Ciencias medicas de Barcelona*, août et septembre 1905). — Conclusions :

1° L'hémothorax, sans être constant, est assez fréquent dans les blessures pénétrantes pleuro-pulmonaires.

2° L'hémothorax est dû à la blessure des vaisseaux qui sont en contact intime avec la plèvre pariétale ; il faut donc qu'il n'existe pas d'adhérences entre la plèvre pariétale et la viscérale. Les hémothorax par blessure de la plèvre seulement sont rares, et bien qu'ils puissent exister, surtout dans les blessures du sinus costo-diaphragmatique, ils sont insignifiants.

3° Le volume et la variété de l'hémothorax dépendent du calibre du vaisseau blessé, du caillot obturateur, de la résorption du liquide, de la réaction de la plèvre, de l'asepticité ou infection de la blessure, de l'état du poumon et de l'état général du malade.

4° Tout hémothorax grand ou petit a tendance à disparaître spontanément s'il reste aseptique : il ne provoque parfois qu'une réaction pleurale mais la provoque toujours s'il est moyen ou grand.

5° L'irritation pleurale déterminée par l'hémothorax se traduit cliniquement par l'augmentation des limites plessimétriques de l'épanchement du 4 au 14e jour, pour diminuer ensuite du 20 au 30e et par l'augmentation de température qui arrive à son maximum parallèlement avec l'épanchement.

6° L'existence de ce phénomène ne prouve pas qu'il y ait infection. L'examen bactériologique du liquide extrait par ponction démontre sa non septicité dans certains cas, malgré la température. Celle-ci est due à la résorption globulaire qui marche parallèlement avec l'épanchement.

L'hémothorax peut s'infecter : l'examen de la température et l'examen bactériologique et cytologique du liquide le prouvent. On ne doit pas attendre que macroscopiquement le liquide soit purulent pour diagnostiquer la suppuration : la persistance ou l'augmentation des globules blancs polynucléaires faciliteront le diagnostic.

8° Les indications chirurgicales de l'hémothorax traumatique dépendent de son volume, de son évolution, de l'état général du blessé et du bon fonctionnement du poumon opposé.

9° Nous devons favoriser l'hémostase spontanée dans les hémothorax petits ou moyens par le repos absolu général et local et les agents hémostatiques.

10° L'intervention chirurgicale est indiquée dans les hémothorax d'origine pariétale par blessure de l'intercostale ou mammaire interne : on dilatera la blessure et liera les vaisseaux.

11° Dans les hémothorax volumineux avec état général grave, nous devons intervenir, en recherchant, par la résection costale, la zone pulmonaire blessée : ceci fait, on pratiquera la ligature directement par transfixion, ou bien, si

cela n'était pas possible, on appliquera un tampon de gaze.

12° L'intervention chirurgicale est indiquée dans les hémorragies secondaires survenues pendant l'évolution de l'hémothorax.

13° La ponction aspiratrice est indiquée dans les hémothorax petits ou moyens qui restent stationnaires pendant vingt ou vingt-cinq jours. La ponction ne doit pas être faite avant pour éviter de détacher le caillot obturateur.

14° Quand la réaction pleurale est très intense (la dyspnée par compression met en danger la vie du malade), on doit pratiquer la ponction aspiratrice, jamais la résection costale.

15° Dans les hémothorax infectés avec suppuration pleurale, on doit intervenir, comme dans les pleurésies purulentes, par la résection costale pratiquée dans la partie la plus déclive pour assurer le drainage.

16° On doit toujours, avant d'intervenir dans un pneumothorax, examiner le poumon opposé.

17° A part les moyens locaux employés, on doit surveiller l'état général, et le relever par les injections de sérum, des stimulants diffusibles, etc.

F. Berini.

Les hémorroïdes internes, traitement dans les premières périodes, par Fedde Fedden (*Treatment*, décembre 1905). — Les symptômes des hémorroïdes internes non compliquées ne sont pas nombreux. Le premier symptôme accusé par le malade est le plus souvent une hémorragie de gravité variable, légère les premières fois et survenant à l'occasion des selles. Dans les premières périodes de la maladie le patient doit donc éviter la formation de matières trop consistantes par l'emploi de laxatifs et notamment de petites doses de jalap prises le soir. Si l'hémorragie est abondante, le malade prendra de petites doses de sulfate de fer associées à 1 ou 2 grammes de sel d'Epsom trois fois par jour. L'opération est indiquée dans les cas d'hémorragies graves, mais si elle est refusée on peut essayer le chlorure de calcium avec de petites doses de perchlorure de fer. S'il y a tendance à la constipation, le malade s'injectera le soir dans le rectum 30 grammes d'huile d'olive qu'il gardera pendant la nuit. Si le saignement provient d'un vaisseau unique, le mieux est d'appliquer une ligature.

La procidence est un autre symptôme qui survient d'abord pendant la défécation, puis peu à peu elle devient permanente. Le patient doit alors apprendre à pratiquer des soins de propreté et à réduire lui-même ses hémorroïdes. L'écoulement plus ou moins abondant de mucus est un symptôme des hémorroïdes non compliquées, qui survient lorsque la procidence est devenue plus ou moins permanente. A cette période l'épithélium prend les caractères de l'épiderme et la sécrétion muqueuse cesse rapidement lorsqu'on pratique l'opération.

Les hémorroïdaires doivent être soumis à un régime propre à éviter toute constipation. L'auteur enfin rappelle que l'examen local doit être complet en ce qui concerne la possibilité d'un cancer du rectum et de diverses lésions pelviennes.

L. Jumon.

Sur le traitement du cancer de l'œsophage par les rayons X, par Wendel (*Munch. med. Woch.* 19 décembre 1905). — Convaincu des bons effets du traitement radiothérapique du cancer, l'auteur a essayé ce mode de traitement dans un cas de cancer de l'œsophage. Le traitement était pratiqué au moyen de l'œsophagoscope introduit préalablement et de miroirs métalliques. Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans qui éprouvait depuis quelques mois des troubles de la déglutition et ne pouvait absorber qu'une nourriture liquide. Il était devenu très cachectique ; le rétrécissement de l'œsophage se trouvait à 37 centimètres en arrière de l'arcade dentaire supérieure. La déglutition s'améliora après le passage de la sonde. Le malade refusa toute opération. La tumeur fut directement soumise aux rayons X en se servant de l'œsophagoscope durant huit séances de cinq à dix minutes de durée. L'introduction de l'instrument fut facilitée par l'anesthésie locale et quelques gouttes de surprarénine. Les rayons étaient donnés par un tube assez mou (tube d'Ehrhardt). Le patient reçut en outre tous les jours une injection intra-musculaire de

Bichlorhydrate de quinine....	0,40
Arséniate de soude.....	0,01
Eau distillée.....	1

Ce traitement combiné a été introduit par Morton et a l'avantage d'amener une régression plus rapide des tumeurs malignes épithéliales. Dans ce cas le traitement a eu pour résultat l'amélioration du patient qui put déglutir des aliments solides bien mâchés ; en quelques jours il avait gagné trois livres et se sentait beaucoup mieux. On pouvait introduire l'œsophagoscope 3 centimètres plus loin qu'auparavant. A la fin du traitement il n'y avait pas d'ulcération.

L. Jumon.

Importance des rayons de Rœntgen dans le traitement des sarcomes lymphatiques, par Cohn (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1er jan-

vier 1906). — L'auteur revient sur une communication antérieure faite le 29 novembre 1905 à la Société médicale de Berlin, dans le but d'éclaircir quelques points. On sait que le lymphosarcome constitue une affection rebelle, et que divers chirurgiens ont renoncé à intervenir lorsqu'ils se trouvent en présence de tumeurs de ce genre. Or, l'auteur dispose de 5 cas traités par les rayons de Rœntgen; deux sont guéris depuis 5 et 7 mois, un autre n'a pas continué et deux sont encore en traitement.

Pour éviter la dermatite, il faut ne soumettre aux rayons qu'une surface cutanée minime (ce qu'on obtient au moyen de dispositifs assez simples), et passer d'un point à un autre successivement. Comme le traitement doit être appliqué à toutes les tumeurs, il est inexécutable dans les cas où l'affection a dépassé les limites de la région cervicale; on sait que cette généralisation est heureusement tardive.

L'auteur estime que l'infection qui donne naissance au lymphosarcome doit se faire dans la région buccale, et rester cantonnée fort longtemps dans le système lymphatique; quand cette limite est franchie, la pseudoleucémie est constituée. Les rayons de Rœntgen, en provoquant la dégénérescence des ganglions lymphatiques, détruisent le milieu de culture du germe infectieux.

Au cours du traitement, sauf dans un cas, la rate a présenté une augmentation manifeste de volume, qui a disparu plus tard; cette hypertrophie se développe au bout d'un certain temps de traitement. L'auteur admet qu'il s'agit d'une hypertrophie vicariante, destinée à subvenir aux fonctions des ganglions lymphatiques détruits par les rayons de Rœntgen.

L'interprétation donnée par l'auteur de l'action des rayons X (destruction des milieux de culture) lui fait admettre qu'il y aurait lieu, en cas de carcinome du sein, de traiter les ganglions lymphatiques de l'aisselle systématiquement par les rayons de Rœntgen, pour éviter la récidive, contre laquelle le chirurgien cherche à se garer en enlevant tous les ganglions de cette région.

E. Vogt.

Traitement des inflammations aiguës par l'hyperémie par stase (*Berliner Klin., Wochenschrift*, nos 49 et 50, 1905). — Stich, assistant de la clinique chirurgicale de Kœnigsberg, relate les résultats obtenus avec la méthode de Bier. Pour lui, il est indispensable de suivre exactement les indications de ce dernier, et d'opérer avec la plus grande minutie, si l'on veut éviter les mécomptes. En général, on a la tendance à pratiquer la stase avec trop d'énergie, pratique qui peut devenir dangereuse : en outre, les pansements doivent être lâches, car l'augmentation de volume due à la stase est parfois énorme.

Le nombre des cas traités est de cent cinquante environ. On peut les diviser en :

Panaris et phlegmons. — Il faut se garder de supprimer trop tôt la stase, qui agit en général favorablement, car l'inflammation peut reparaître; dans ce cas, on continue pendant un jour environ, après guérison, l'application de la stase. On s'est toujours contenté, en cas de plaie, de recouvrir celle-ci d'une simple gaze stérilisée, sans autre topique.

A l'exception d'un seul cas, la stase n'a jamais présenté d'inconvénient : les inflammations au début ont toujours été rapidement enrayées et dans les cas où une nécrose tendineuse était à prévoir, celle-ci fit défaut, et l'on obtint une guérison avec conservation des fonctions. Dans les cas où le traitement ne commença qu'à un moment où la perte d'une phalange ou d'un tendon était devenue irrémédiable, l'hyperémie veineuse sembla favoriser l'élimination des tissus gangréneux.

Furoncles, anthrax. — Les résultats ont toujours été excellents : la guérison fut obtenue après deux à dix séances : on compta trois insuccès. Il faut prendre garde de bien placer les bords de la ventouse sur le tissu sain qui entoure la lésion. C'est surtout dans les furoncles du visage que la méthode présente sur les autres de très grands avantages, car on évite ainsi les cicatrices trop apparentes.

Abcès circonscrits, adénites suppurées. — On employa dans presque tous ces cas des ventouses : il est facile d'en faire fabriquer qui aient une forme appropriée. Si l'on fait une ponction, en cas d'adénite ou de mastite, avant d'appliquer la ventouse, il ne faut pas oublier que des granulations exubérantes peuvent obstruer la plaie et empêcher les sécrétions d'envahir l'ampoule de verre : on pourra dans ces cas placer un drain. On évitera toujours les cicatrices vicieuses, car la ponction, même en cas d'abcès volumineux, n'a pas besoin d'être largement pratiquée : il suffit d'une incision de quelques millimètres. La sécrétion passe rapidement de l'état purulent à l'état séreux.

L'auteur ne pense pas que la méthode puisse rendre de grands services pour éviter ou enrayer l'infection d'une plaie : d'un autre côté, la longueur du traitement et les difficultés techniques empêcheront, dans la grande majorité des cas, les praticiens d'abandonner pour elle la large incision classique.

Ostéomyélite. — Dans les cas graves, les résultats sont peu encourageants. Dans les autres,

on obtient rapidement une grande atténuation des douleurs.

Arthrites aiguës. — Le nombre des cas (deux) est trop insignifiant pour qu'on puisse donner des conclusions.

Mastite. — La douleur disparaît dès la première séance et l'on évite les cicatrices vicieuses : on observe parfois des récidives, aussi est-il bon de continuer le traitement après guérison.

En résumé, la méthode n'est jamais nuisible, et elle évitera dans bien des cas des interventions graves ; l'auteur n'a jamais observé d'apparition d'érysipèle dans les cas aigus traités. En tout cas, ce traitement exige une surveillance étroite de la part du chirurgien, car les erreurs de technique offrent de graves inconvénients (œdème chronique, ankyloses, etc.). On fera donc bien de s'initier au procédé de Bier en commençant par des cas légers.

E. Vogt.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Des masticatoires comme traitement de l'hyperchlorhydrie stomacale, par Meunier (*La Presse médicale*, 20 décembre 1905). — Il s'agit de masses résineuses insolubles, aromatisées, que l'on peut mastiquer longtemps, et qui sont d'usage courant aux Etats-Unis dans le but de faciliter la digestion, ou plutôt la phase amylotique de cette dernière. Cette phase est compromise par l'excès d'acidité du suc gastrique, et chez l'hyperchlorhydrique, la mauvaise digestion de l'amidon entraîne des modifications dans la sécrétion stomacale : l'estomac irrité sécrète de l'acide chlorhydrique en excès.

L'auteur estime que l'usage des masticatoires favorise la digestion de l'amidon : il a en conséquence fait des essais avec des sortes de chiques formées d'une résine complètement insoluble alcalinisée (dans le genre du bétel usité en Orient, qui contient de la chaux); la salive légèrement alcaline ainsi obtenue aura ainsi dans l'estomac son maximum d'action saccharifiante. Des expériences ont démontré que grâce à ces masticatoires, le malade déverse dans son estomac 5 ou 6 fois le volume de salive qu'il déverse sans masticatoire.

L'épreuve du repas d'Ewald démontre, en second lieu, que dans tous les cas examinés la quantité d'amidon digéré est plus élevée quand le sujet a usé du masticatoire.

Les résultats thérapeutiques obtenus par l'auteur chez les hyperchlorhydriques ont concordé avec les résultats de laboratoire.

E. Vogt.

Le traitement de la constipation habituelle, par le Dr de la Camp (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1er janvier 1906). — L'auteur fait remarquer que le régime ne parvient pas en général à guérir un constipé, parce que ce dernier ne consulte le médecin, le plus souvent, qu'après avoir essayé de nombreux traitements. Il arrive aussi fréquemment que des malades, sous prétexte de dyspepsie, ont diminué la quantité des aliments et amélioré leur qualité, d'où résulte une insuffisance de déchets. Dans les cas de ce genre, le pain complet, les légumes soumis à une préparation culinaire peu raffinée rendront des services.

Le froid favorise la défécation : on arrivera donc souvent à provoquer une selle en faisant boire un verre d'eau froide le matin à jeun.

La constipation provient souvent aussi de la paresse (domestiques se levant le plus tard possible et n'ayant pas le temps d'aller à la selle), d'un sentiment de fausse pudeur (jeunes filles dans les pensionnats), etc. On la provoque souvent par des prescriptions médicales, par exemple en défendant à un artérioscléreux de fumer le matin.

L'auteur cite en passant les agents physiques, auxquels il accorde des effets thérapeutiques, mais il rappelle que l'exercice musculaire, si souvent prescrit aux constipés sédentaires, n'a pas l'influence qu'on lui attribue, car on rencontre très souvent, par exemple, des hommes de cheval constipés.

Les lavements d'huile sont indiqués dans la constipation spasmodique : l'entéroclyse en revanche ne doit pas être conseillée. Chez les vieillards, il faut vider mécaniquement l'ampoule rectale, au besoin avec l'index.

On se gardera de prescrire aux constipés des doses déterminées quotidiennes d'un purgatif quelconque. Les séjours aux eaux ne rendront des services que dans des cas déterminés, lorsqu'il s'agit de troubles hépatiques, de pléthore abdominale, par exemple.

La constipation spasmodique avec douleurs dans la région du colon représente en général un épiphénomène au cours d'une constipation atonique chronique. Si le spasme est sous la dépendance d'un état neurasthénique il disparaîtra quand l'affection sera guérie. Comme traitement, on prescrira des suppositoires belladonés, l'application de la chaleur sous diverses formes.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement des cas avancés de tuberculose pulmonaire, par KNOPF (*Med. Record*, 18 novembre 1905). — Par cas avancés de tuberculose l'auteur entend ceux qui ne sont pas au début, il les divise en cas ambulants et en cas alités. Les premiers sont généralement apyrétiques et sont aussi moins avancés que les seconds. Dans les deux cas l'auteur recommande le massage quotidien, et dans les cas ambulants l'hydrothérapie comme tonique et stimulant. Le régime doit être substantiel, composé de lait, d'œuf, de viandes, de légumes et de fruits. Le traitement hygiénique et diététique doit être le même que dans les cas au début et la cure de repos doit alterner avec les exercices respiratoires gradués. Chez quelques malades on aura recours au traitement médicamenteux lorsque l'aéro et l'hydrothérapie ne suffisent pas à calmer la toux, les troubles digestifs, les douleurs locales, etc. Le phtisique ambulant est le client du dispensaire antituberculeux qui doit le guider dans le traitement hygiénique et diététique à la maison. Des recommandations particulières doivent être faites à ces malades qui sont les agents actifs de la dissémination tuberculeuse, tandis que le malade alité ne diffuse son mal que dans les limites très restreintes. L'auteur entre ensuite dans la description des diverses installations qui permettent au malade de faire sa cure d'air soit à la campagne soit à la ville, avec des dispositions parfois très ingénieuses pour amener l'air extérieur au malade sans qu'il ait à souffrir du froid ou des intempéries. Si le malade est obligé de rester au lit tout le temps, le mieux est d'avoir pour lui deux lits, l'un pour le jour l'autre pour la nuit, un petit oreiller bas placé à la chute des reins ajoute beaucoup au bien-être du malade, qui peut facilement changer de position. Le malade doit être exposé autant que possible au soleil, au lit ou sur la chaise longue, mais la tête toujours à l'ombre. La fièvre est une contre-indication au traitement au soleil.

Le massage pratiqué pendant l'apyrexie relève l'appétit et combat l'amaigrissement. Le régime dans les cas avancés doit s'adapter à l'état du malade qui doit manger autant qu'il peut sans être incommodé. Le régime doit être mixte et varié. Quelques toniques amers, l'arsenic et la strychnine, sont indiqués dans l'anorexie persistante. Les soins de la bouche sont très importants, au lieu de brosse, le malade peut se servir d'ouate antiseptique pour le nettoyage des dents.

Une diarrhée causée par une suralimentation intempestive doit être traitée par des doses fractionnées de calomel, le repos absolu et un régime léger. Si la diarrhée est due à des lésions tuberculeuses de l'intestin, il est indiqué de recourir au riz, aux œufs, au chocolat, aux soupes mucilagineuses, au tannin, au bismuth et à l'opium. Contre les sueurs nocturnes rebelles l'auteur recommande la compresse humide trempée dans l'eau à 12° et appliquée sur les sommets et autour du thorax, par-dessus la compresse, on applique une épaisse flanelle, le tout reste en place toute la nuit et on l'enlève le matin. Le second procédé pour arrêter les sueurs est le bain diaphorétique qui ne doit cependant être prescrit qu'aux patients relativement forts, sa durée doit être réglée.

Des exercices respiratoires bien dirigés combattront la dyspnée et faciliteront l'expectoration ; on doit s'en abstenir en cas de fièvre et de fatigue, on ne doit pas les faire dans une chambre chauffée ou dans une atmosphère viciée.

La fièvre doit être combattue par des lotions et le moins possible par les antipyrétiques. Si la température est subnormale, il faut appliquer des bouteilles d'eau chaude, faire prendre du lait, du thé léger chaud. Contre l'insomnie on emploiera les lotions tièdes ou un bain tiède avant le coucher. L'enveloppement mouillé suffira souvent pour combattre les douleurs pleurétiques ou intercostales. Lorsque tout espoir d'amélioration s'est dissipé, il ne faut pas trop économiser la morphine qui soulage le patient. Enfin l'auteur fait une part importante au traitement psychique.

L. JUMON.

Traitement des névroses cardiaques, par RUMPF (*Deutsche med. Wochenschrift*, 28 décembre 1905). — Pour l'auteur, les recherches concernant les variations imprimées par l'effort musculaire à la pression sanguine, au nombre des pulsations, ne permettent pas de distinguer nettement la névrose cardiaque d'une lésion organique latente ou reconnaissable à l'examen direct ; l'anamnèse donne des renseignements bien plus précis (névrose nicotinique par exemple). La goutte est un des facteurs les plus importants de névrose cardiaque : celle-ci se manifeste par une pression précordiale, de la tachycardie : contrairement à ce qui s'observe en cas de lésion organique, l'exercice s'accompagnant de transpiration légère soulage les

malades. Ces états sont justiciables du régime lacto-végétarien, sans qu'il soit nécessaire de supprimer entièrement la viande. La quantité quotidienne de liquide sera fixée à 2 litres environ. Les bains carbogazeux à 31°, abaissés lentement à 25°, de trois à cinq minutes de durée, la gymnastique systématique seront indiqués.

Les troubles digestifs agissent sur l'innervation du cœur soit par le météorisme, soit par des troubles réflexes. Le météorisme stomacal produit des crises de fausse angine de poitrine, que l'on combattra en provoquant des éructations, en faisant boire un verre d'eau chaude, en introduisant le tube Faucher dans l'estomac. A titre prophylactique on recommandera au malade de bien mâcher ses aliments, de faire par jour cinq petits repas, desquels seront exclus le fromage, la bière, les aliments froids, la salade, les acides, ainsi que les mets que le sujet ne supporte pas d'habitude ; parmi ceux-ci figure souvent le pain. Le café trouble souvent la digestion, ainsi que les eaux gazeuses.

Le météorisme intestinal sera combattu par la gymnastique de chambre. Pour les troubles réflexes on s'efforcera de faire disparaître la cause qui les fait naître (ulcère pylorique, lithiase biliaire, etc.). L'ingestion d'huile trouve ici des indications fréquentes.

Une mobilité anormale du cœur peut provoquer la névrose : on l'observe souvent chez des obèses ayant maigri d'une façon marquée : il faut alors chercher, par une alimentation plus substantielle, à faire gagner du poids au malade.

Les névroses traumatiques sont très tenaces : elles se montrent surtout après des fractures ou contusions de côtes et aussi après des traumatismes de la boîte cranienne.

Les névroses de la puberté et de la ménopause seront de préférence combattues par l'application d'une vessie de glace sur la région précordiale.

Comme séjour de vacances, on recommandera en général de préférence, quelle que soit la variété de névrose cardiaque, les stations d'altitude moyenne : les bains de mer doivent être évités.

E. Vogt.

Tachycardie paroxystique, traitement, par Morrissey (*Med. Rec.*, 2 décembre 1905). — Ce travail relate deux cas très différents de tachycardie, l'un est probablement produit par la dégénérescence du myocarde, l'autre dépend d'un shock profond du système nerveux dû à une chute remontant à plusieurs années. En réalité, la tachycardie dépend de lésions fort diverses dont la plus commune paraît être la dégénérescence du myocarde, celle-ci n'étant du reste qu'un facteur. Le traitement de la tachycardie n'a pas été satisfaisant ainsi qu'on peut s'y attendre là où tant de conditions diverses peuvent produire les mêmes symptômes. C'est la digitale qui a été administrée, on peut en attendre quelque action efficace dans les cas de dilatation lorsque le myocarde peut encore répondre à la stimulation, ce qui n'est guère le cas lorsque la tachycardie est associée à la myocardite.

Dans un cas où il y a eu lieu d'administrer un traitement continu et où la digitale ne donne guère de résultat, l'auteur a donné cinq gouttes quatre fois par jour d'extrait fluide de convallaria majalis. Le patient a constaté que ses attaques étaient plus courtes, que les rémissions étaient plus longues et que le médicament ne produisait pas la sensation de constriction qui suivait l'administration de la digitale.

Dans un troisième cas de tachycardie moins intense où la tension artérielle était élevée avec tendance neurasthénique, l'auteur a retiré de bons effets de l'emploi simultané du bromure et de l'iodure de potassium, le premier agissant comme sédatif, le second dilatant les artérioles périphériques, diminuant la tension et réduisant le travail du cœur. Au total le traitement de la tachycardie est celui de l'état qui l'a produit ou avec lequel elle s'associe. Il faut se rappeler que la tachycardie essentielle ne s'accompagne pas de dyspepsie, que la tachycardie paroxystique et les formes accompagnées de signes, si légers soient-ils, de la maladie de Basedow, sont fréquemment associées à des troubles dyspeptiques. L'arythmie cardiaque extrême survient fréquemment d'autre part sans symptômes du côté de l'estomac, enfin souvent la tachycardie dans ses degrés variés n'est qu'un symptôme d'un état neuropathique exigeant aussi un traitement.

L. Jumon.

Les effets cardiovasculaires du chloral, du dormiol, de l'hédonal et de l'isopral, par Mayor et Nutritziano (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 20 décembre 1905). — Nous retenons de cet important travail les déductions thérapeutiques. La nocivité à l'égard du cœur et des vaisseaux est décroissante, pour les corps ci-dessus, dans l'ordre de leur énumération, l'hédonal étant à peu près identique sous ce rapport à l'isopral, peut-être même moins nocif encore. Mais le chloral a pour lui sa facilité d'administration, son activité très régulière chez un sujet donné, son action facile à

surveiller. On se gardera toutefois de le prescrire à un cardiaque avéré, dès qu'il y a lieu de soupçonner une altération du myocarde, chronique (surcharge graisseuse, myocardite interstitielle) ou aiguë (myocardite d'origine infectieuse ou toxique). Dans les cas de ce genre, c'est aux somnifères sulfonés, de préférence au trional, qu'il faut s'adresser. Si l'on recherche des analgésiques capables d'imposer le sommeil, tout en atténuant la réflectivité, il sera logique de s'adresser à l'hédonal ou à l'isopral. Entre ces deux corps, les auteurs préfèrent le premier, parce qu'il est moins soluble : de cette façon, l'offense cardiovasculaire sera atténuée et l'on évitera toute action nocive.

E. VOGT.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de l'ataxie locomotrice, par SHAW BOND (*The Practitioner*, janvier 1906). — Le tabétique doit être tempérant dans le sens le plus large, se passer d'alcool ou ne se permettre que des vins très légers. Il doit particulièrement se garder d'excès sexuels. Le repos au lit est nécessaire dans les cas aigus et lorsqu'il existe des signes de congestion spinale, mais en général l'exercice léger au grand air est utile. Le malade doit éviter tout traumatisme articulaire et éviter de se blesser les pieds par crainte de mal perforant. Il évitera le surmenage intellectuel, l'exposition au froid, le régime doit être abondant. Bien qu'on rencontre la syphilis dans les antécédents de beaucoup de malades, le traitement antisyphilitique n'a pas donné beaucoup de résultats, quelques-uns le croient dangereux. Il est contre-indiqué dans les cas très avancés, chez les sujets cachectiques et dyspeptiques, chez ceux qui ont déjà suivi des traitements rigoureux sans succès. Il est cependant très à recommander dans les cas récents lorsque la syphilis n'est pas très ancienne, dans tous les cas présentant des symptômes actifs de syphilis. La meilleure méthode de traitement consiste dans les frictions. L'alimentation doit être en même temps substantielle, et après le traitement on donne des toniques, soit des pilules contenant du fer, de la noix vomique et de la quinine.

L'iodure de potassium ne paraît pas avoir autant d'action que le mercure, mais il est utile dans quelques cas et peut être combiné au traitement mercuriel. Il est surtout indiqué dans les cas de manifestations tertiaires de la syphilis, dans les cas de progression rapide avec douleurs intenses ou névrite périphérique. Au début Leredde a préconisé le traitement mercuriel intensif.

L'arsenic peut être utile et sera essayé dans les cas où le traitement antisyphilitique est contre-indiqué ou a échoué.

Le nitrate d'argent a été certainement utile à un grand nombre de malades. Osler lui reconnaît une influence sur les douleurs. Pour éviter les inconvénients qui résultent de la coloration de la peau et de la dyspepsie, on a préconisé de hautes doses d'oxyde d'argent et d'orthophosphate d'argent.

On a attribué au chlorure d'or le pouvoir d'amener la résorption des néo-formations conjonctives. Taylor mentionne un cas très heureusement traité par ce médicament.

La strychnine oubliée pendant un certain temps est reprise aujourd'hui ; on peut l'associer utilement à de petites doses de nitro-glycérine (0 gr. 0003).

L'ergot a été recommandé surtout par Charcot qui l'administrait quatre jours par semaine ; il est indiqué surtout lorsque les symptômes font penser à un processus inflammatoire secondaire. Le phosphore, le bromure, la fève de Calabar et les extraits organiques (spermine) ont été essayés avec des résultats variables.

Si l'on a recours au traitement thermal, la température des bains doit rester entre 21 et 32°. Les bains carbo-gazeux sont ceux qui conviennent le mieux, ainsi que les bains ferrugineux. Les bains sulfureux ont été recommandés associés avec le traitement mercuriel. On évitera tous les procédés hydrothérapiques qui causent une action violente.

Les opinions sont très partagées en ce qui concerne l'utilité de l'électrothérapie, on peut obtenir de bons résultats avec les courants galvaniques descendants appliqués sur le rachis.

La suspension n'a pas d'action réelle sur la maladie et est tombée en discrédit. Au contraire, on peut obtenir beaucoup par le traitement rééducateur.

Un grand nombre de médicaments ont été préconisés contre les douleurs fulgurantes, l'auteur recommanderait volontiers le nitrite de sodium. Les crises laryngées demandent des inhalations de chloroforme ou d'éther, le nitrite d'amyle, des applications locales de cocaïne.

L. JUMON.

Sur la névrite et son traitement, par ELY JELIFFE (*Merck's Archives*, décembre 1905). — Dans le diagnostic de la névralgie il est nécessaire d'exclure toutes les affections organiques en dehors du système nerveux ; mais ce sont surtout les troubles nerveux sensitifs qui doivent être différenciés du tabes. L'auteur appelle l'attention sur certaines névrites légères qui affectent les nerfs du membre supérieur, particulièrement ceux du deltoïde. Dans le traitement des névrites relevant de ce qu'on appelle d'une façon un peu vague une auto-intoxication, l'auteur a trouvé que l'alimentation substantielle, le fer et le massage vibratoire ont donné les meilleurs résultats. La plupart de ces malades attribuent leur affection au rhumatisme ou à la diathèse urique, en conséquence ils restreignent leur régime et boivent des eaux lithinées. Le résultat de cette manière de faire est d'amener un état neurasthénique par suite d'une alimentation insuffisante. Au contraire ces malades doivent manger des viandes rouges et blanches, des légumes variés et s'abstenir de toute préparation artificielle d'extrait concentré. Le fer est indiqué dans ses formes compatibles avec l'état de l'estomac ; on a le choix entre les préparations organiques et minérales, mais les premières entraînent moins de troubles et de constipation. L'arsenic rend des services, mais il doit être pris à petites doses pendant une semaine, puis arrêté durant deux semaines et repris ensuite.

Au point de vue purement symptomatique, on peut employer différents analgésiques pour combattre la douleur, mais aucun ne s'adapte à tous les cas. Chez ceux qui sont anémiques il est bon d'éviter le groupe de la phénétidine. On essayera d'abord l'antipyrine et les salicylates qui sont de légers analgésiques et d'excellents synergiques de l'antipyrine. Celle-ci peut être associée encore avec la cannabis et même la codéine, mais on évitera avec soin la morphine. Dans tous les cas les analgésiques seront employés avec intermittence.

L. JUMON.

Traitement de l'incontinence d'urine d'origine neurasthénique par le courant d'induction, par ROCKWELL (*Med. News*, 9 décembre 1905). — L'incontinence d'urine chez les adultes est parfois associée à cette forme de neurasthénie où dominent les troubles généraux, et dans ces cas il importe de remarquer que la guérison de l'incontinence a été suivie de l'amélioration des symptômes nerveux. Malheureusement les diverses médications et même les méthodes physiques et l'électricité n'ont pas toujours donné des résultats satisfaisants. Ces cas d'incontinence relèvent de l'atonie musculaire, avec insuffisance fonctionnelle du sphincter externe. Après avoir employé le courant galvanique pendant un certain temps, l'auteur déclare avoir obtenu de meilleurs résultats des courants de haute tension avec intermittences rares. La technique est très simple. Chez les très jeunes enfants, le traitement peut être entièrement externe, mais on obtient de meilleurs résultats en introduisant dans l'urètre une électrode terminée par une olive en connexion avec le pôle négatif. L'électrode indifférente est appliquée sur l'abdomen ou sur la région sacrée. Ce qu'il faut surtout employer ce n'est pas le courant faradique à interruptions lentes, mais le choc d'induction isolé. Dans la suite du traitement on augmente l'intensité du choc qui doit se produire d'un à cinq par seconde. Les applications sont d'abord faites tous les jours, puis moins souvent. Le courant sera fourni par une bobine à fils gros, de façon à provoquer de fortes contractions musculaires sans exciter les nerfs de la sensibilité.

L. JUMON.

Contribution au traitement de la migraine, par V. KLIMEK (*Med. Blætter*, 21 décembre 1905). — Le traitement de la migraine est le plus souvent médicamenteux, cependant on ne doit pas oublier le traitement général. Le régime, la suppression du surmenage et des excès, l'hydrothérapie, les bains de mer, le séjour à la montagne sont souvent très utiles aux migraineux. Le traitement électrique et le massage a également donné quelques résultats. Dans la migraine grave, Strumpell recommande vivement l'eau de Carlsbad qui a été très efficace dans certains cas. Cependant on s'adresse généralement aux agents médicamenteux pour couper l'accès.

Un fait généralement reconnu est que dans la migraine l'emploi des narcotiques et de la morphine est presque toujours mal supporté. On a donné, d'autre part, avec succès de hautes doses de bromure de potassium dans l'hémicranie ophtalmique, mais ce sont surtout les antipyrétiques que l'on a prescrits et l'on s'est adressé à l'antipyrine, l'antifébrine, le salicylate de soude. Certains autres méritent à ce point de vue d'être rappelés, ce sont l'acétopyrine, la salipyrine, la trigémine, l'exalgine, la lactophénine, la phanacétique et la migrainine. L'auteur cite encore comme très utiles le guarana et la caféine. Mais tous ces médicaments échouent à un moment donné, lorsqu'on cherche celui qui est approprié dans chaque cas particulier, c'est ce qui a conduit à associer plusieurs de ces médicaments dans une seule

préparation, fixée uniquement par l'empirisme. On sait que tous les nervins ont une action cumulative, qui se traduit par des phénomènes toxiques. Cette circonstance oblige à cesser la médication ou à recourir à une nouvelle forme d'association supprimant ou diminuant beaucoup l'action toxique. Partant de ces considérations, Fuchs a proposé la formule suivante :

Phénacétine.....	0,50
Caféine.....	0,06
Codéine.....	0,02
Guarana.....	0,20

pour un paquet à prendre au moment de l'accès.

Le seul inconvénient à reprocher à cette préparation est un goût amer dû à la codéine, ce qui a amené l'auteur à la recommander sous forme de tablettes.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de la laryngite tuberculeuse, par C. CLINE (*The Med. Age*, 10 décembre 1905). — Ce traitement peut être divisé en hygiénique, médicamenteux, chirurgical et climatique. Au point de vue hygiénique, il faut supprimer tout ce qui agit comme irritant. Le repos fonctionnel est de rigueur, et le malade doit s'abstenir autant que possible de parler, même à voix basse. La propreté la plus grande est nécessaire dans le traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx.

Le traitement local varie avec la période de l'affection. Au début, quand il n'y a que de la rougeur ou un léger gonflement, on emploiera des pulvérisations émollientes et des inhalations chaudes, suivies d'astringents légers. On peut ajouter de l'adrénaline aux pulvérisations lorsqu'il y a de la congestion. Si le gonflement est marqué, l'auteur recommande des injections sous-muqueuses d'acide lactique ou de créosote faites dans les périodes d'accalmie. En même temps, on multiplie les pulvérisations émollientes et détersives, et on fait des applications locales d'acide tartrique, de gaïacol ou de créosote à des titres variant de 10 à 50 p. 100. Pour stimuler le tissu de granulations, on emploiera une solution faible de nitrate d'argent. Pour combattre la douleur de la déglutition, des inhalations chaudes de menthol et iodoforme suffisent habituellement dans les cas légers, mais l'orthoforme, l'anesthésine ou la cocaïne sont nécessaires dans les cas intenses. L'orthoforme est peut-être le médicament le plus efficace et le moins nuisible pour cet usage. Si la douleur est très intense, on pourra appliquer localement et à l'extérieur un mélange par parties égales de menthol camphré et hydrate de chloral. Dans quelques cas, des injections trachéales d'huile médicamenteuse chaude apportent un grand soulagement. Lorsqu'on a adopté un plan de traitement, il faut l'appliquer d'une façon persévérante et systématique.

A part certains cas où les lésions sont accessibles et bien localisées, on a renoncé au traitement chirurgical. Le malade doit alors être dans un bon état général, apyrétique et sans idiosyncrasie à l'égard de la cocaïne. L'instrument tranchant doit être préféré dans les cas où l'on peut faire l'ablation complète. La curette est préférée dans le stade d'ulcération pour enlever tout le tissu nécrosé avant d'appliquer la médication locale. Enfin, on ne doit pas oublier le traitement nasal.

Le traitement climatique doit s'attacher à garantir le malade contre les vents et l'humidité; les conditions du climat doivent d'ailleurs être les mêmes que pour la tuberculose avancée.

L. JUMON.

Thyrotomie ou laryngectomie : notes sur la fréquence de la nature maligne de l'enrouement chronique, par JACKSON (*Med. News*, 9 décembre 1905). — L'auteur insiste sur la fréquence de la nature maligne de l'enrouement chronique et la nécessité d'un diagnostic précoce tandis que ces cas sont encore opérables par la thyrotomie qui sauvegarde non seulement la vie, mais la voix et la santé du malade. Si le diagnostic est tardif, la laryngectomie totale est souvent le seul espoir de prolonger l'existence. Quant aux opérations endolaryngées dans les tumeurs malignes, elles ne peuvent les extirper entièrement et favorisent l'extension locale du mal et les dépôts métastatiques. L'auteur conclut de ses observations que le malade atteint de cancer du larynx doit être l'objet d'un examen et d'un diagnostic précoce. Si l'affection est reconnue de bonne heure, la thyrotomie qui est une opération relativement légère procurera la guérison. Sinon, la laryngectomie totale ou partielle prolongera probablement l'existence pour un temps variable, mais la récidive plus ou moins rapide est certaine. Les périodes de début de cancer du larynx encore curable ne sont caractérisées

que par la raucité de la voix qui peut disparaître et revenir. Après cette période de curabilité surviennent la toux, l'odeur, la douleur, la dysphagie, l'engorgement ganglionnaire, la tuméfaction externe, l'amaigrissement, la cachexie, etc. Les cas curables peuvent se présenter sous les traits d'un simple refroidissement. Dans les cas qui ont été opérés de bonne heure par la thyrotomie, le pronostic est bien meilleur que dans la laryngite chronique. Il ne faut donc pas perdre de vue la nature maligne fréquente de l'enrouement.

L. JUMON.

Des paresthésies de l'arrière-gorge, traitement par ANDRÉ BOUYER (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 7 décembre 1905). — Sous cette dénomination, l'auteur désigne une catégorie de sujets qui accusent dans cette région des sensations de douleur ou de gêne que ne peut expliquer son état, en apparence normal. Au point de vue clinique, les sujets se présentent sous deux aspects, suivant qu'il y a hyperesthésie ou hypoesthésie. Dans le premier cas, les patients accusent dans l'arrière-gorge des sensations douloureuses aiguës, de piqûre, de brûlure, et on ne trouve qu'une hyperesthésie de la muqueuse. Dans le second, le patient éprouve une constriction de la gorge ou une sensation de corps étranger, qui le force à faire de fréquents mouvements de déglutition ; la muqueuse est hypoesthésique au toucher. Ces troubles sensitifs se développent soit sur un terrain neuro-arthritique, soit sur un terrain psychopathique.

L'auteur fait remarquer que ces malades ne doivent pas être abandonnés des médecins sous prétexte qu'on ne trouve pas la lésion. Il ne faut pas les suivre non plus avec trop de sollicitude, ce qui les pousserait à croire à la gravité de leur affection. Un traitement local en général s'impose.

Aux hyperesthésiques on opposera les topiques calmants (cocaïne, bromure) par voie nasale. On s'abstiendra soigneusement de collutoires mentholés, de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent. La cure de ces malades dans les stations thermales où ils se présentent comme granuleux, doit être prudente, surtout en ce qui concerne l'usage des gargarismes et des pulvérisations. Le humage des vapeurs bien réglé réussit parfaitement.

Les hypoesthésiques ont besoin, au contraire, de topiques capables de réveiller la sensibilité de leur muqueuse (menthol, glycérine iodée, etc.) ; l'électrisation locale ou la douche pharyngée avec des appareils à pression variable donne de bons résultats.

Le traitement général médicamenteux varie. Il peut être tonique (arsenic, strychnine), antispasmodique chez les hyperesthésiques seuls (valérianate d'ammoniaque, bromures) mais il sera surtout dynamogène de la nutrition : exercices physiques, massage, hydrothérapie. Le praticien se guidera dans le choix des stations thermales sur le tempérament et la diathèse. Il ne faut pas oublier le traitement moral dont font partie de légères cautérisations sur les points granuleux.

L. JUMON.

Emploi de la pyoctanine dans l'otite moyenne purulente chronique, par GEORGES RICHARD (*Merck's Archives*, décembre 1905). — L'auteur a employé en insufflation dans l'otorrhée chronique un mélange de pyoctanine et d'acide borique dans la proportion de 1 : 10. Les résultats obtenus sont bien dus à la première de ces substances et non à l'acide borique qui, seul, ne donne pas les résultats de l'association des deux médicaments. La poudre peut être insufflée ou bien portée en solution sur un petit tampon de coton. Il est facile d'atteindre la surface malade, pourvu que la perforation soit un peu grande.

Les avantages particuliers de la pyoctanine sont d'abord son emploi facile sous différentes formes, permettant de bien atteindre les surfaces malades. La poudre est appliquée en couche épaisse, puis laissée deux jours en place. Pour éviter la coloration, on place un tampon de coton qu'on enlève lorsqu'il est taché. L'action de la pyoctanine est persistante et la coloration bleue se maintient pendant parfois plusieurs semaines. Enfin la substance n'a pas d'action nuisible. Son désagrément est sa coloration intense qui persiste plus ou moins longtemps. Toutefois on peut l'enlever avec de l'alcool. Sur 36 cas graves dans lesquels l'auteur a employé ce médicament, il a eu 14 améliorations, 16 guérisons, 2 guérisons apparentes subsistant durant quelques mois, 4 cas restèrent stationnaires et durent être opérés.

L. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Traitement du psoriasis, par DURING (*Deutsche med. Wochenschrift*, 21 décembre 1905). — L'auteur constate en premier lieu que le traitement par les agents physiques est trop

négligé dans cette affection : parmi eux, la sudation doit jouer un rôle considérable. La douche de 35 à 40°, de 1 à 2 minutes de durée, se terminant par un jet froid, les bains à 33°, surtout alcalins, sont d'utiles adjuvants aux traitements locaux. En général, on se tiendra au-dessous des doses d'alcalin ordinairement employées, et on les additionnera avec avantage de 200 grammes de glycérine. Pour un bain de 200 litres, les doses convenables seront, pour la soude, de 40 grammes, pour le bicarbonate de soude, de 70 grammes, pour le borax, de 100 grammes.

Les rayons de Rœntgen rendent parfois des services en cas de psoriasis ancien, avec plaques tenaces, mais ils n'empêchent aucunement les récidives; ils semblent même les favoriser.

Comme traitement local, l'auteur estime qu'on néglige trop, surtout en cas de psoriasis peu étendu et de peau irritable, l'onguent au précipité blanc, à condition d'en surveiller l'emploi. La chrysarobine, au contraire, semble à l'auteur fort peu recommandable, à cause de ses dangers et de ses nombreux inconvénients.

Le pyrogallol et le lénigallol sont très efficaces en pommades de 5 à 10 %, mais demandent une surveillance active. Le goudron, d'action plus lente, est en revanche beaucoup plus maniable.

On ne saurait trop, en thèse générale, recommander d'étudier dans chaque cas l'irritabilité cutanée, si l'on veut éviter de transformer par la médication un psoriasis banal en psoriasis aigu généralisé.

Comme régime, il faut préconiser toute espèce de changement radical dans l'alimentation ; dans les cas aigus, le régime lacté aura la préférence. Dans tous les autres cas, les régimes les plus bizarres pourront exercer une action, mais celle-ci sera toujours momentanée.

L'arsenic n'a donné à l'auteur que des mécomptes : les doses élevées d'iodure de potassium (Haslund) semblent dans quelques cas favoriser l'action des topiques, mais leur effet est incertain et variable.

La thyroïdine est inefficace et dangereuse.

E. VOGT.

Le sous-carbonate de fer comme topique des ulcères atones, par SABOURAUD (*La Clinique*, 5 janvier 1906). — Cette poudre, très fine, peut s'employer en nature ou incorporée à des pommades. C'est un admirable *cicatrisant* des plaies, c'est le topique par excellence des ulcères de jambe de vieille date, des cratères d'ecthyma ou de chancrelles de guérison lente, etc...

Mode d'emploi : on remplit de poudre le creux tout entier de l'ulcération, on recouvre d'une couche d'ouate et d'une bande Velpeau. On nettoie tous les jours à sec *avec un pinceau d'aquarelle*, et s'il se produit des grumeaux qu'on ne peut déplacer et sous lesquels on soupçonne que la suppuration continue, on les détache, au pinceau toujours, mais avec de l'huile d'amandes douces fraîche. L'ulcère nettoyé est rempli d'une nouvelle couche de poudre; ainsi de suite.

Ce mode de pansement fera merveille dans les ulcérations simples, atones. Si le malade redoute les pansements, il faut laisser de côté l'usage de la poudre en nature et préférer les pommades, 1 : 40 de vaseline par exemple.

On panse en remplissant avec cette pommade le creux de l'ulcération; on nettoiera avec de l'ouate hydrophile imbibée d'huile d'amandes douces.

E. VOGT.

Sur le traitement mercuriel précoce de la syphilis, par LÉOPOLD GLUCK (*Wien. med. Presse*, 24-31 déc. 1905). — On a élevé un certain nombre d'objections au traitement précoce de la syphilis, entre autres d'agir plus lentement que lorsqu'il est institué plus tard, d'avoir besoin d'être prolongé et plus souvent renouvelé. Tel n'est pas l'avis de l'auteur qui a obtenu des résultats très rapides et très complets dans cent onze cas où il a institué ce traitement précoce. Celui-ci a pour but non seulement de favoriser la cicatrisation, mais encore la résolution du chancre induré et la diminution de volume des ganglions engorgés. Il faudra ici proportionner la quantité de mercure employée à l'intensité et au volume des lésions. Le traitement précoce empêche mieux les récidives que le traitement plus tardivement suivi. De ses observations l'auteur tire les conclusions suivantes :

Le traitement précoce accélère la cicatrisation et la disparition de l'induration chancreuse et amène la diminution des ganglions lymphatiques engorgés. Il répond donc non seulement au principe d'instituer dans toute maladie une thérapeutique précoce effective, mais aux indications hygiéniques et prophylactiques de faire disparaître le plus rapidement possible les foyers infectieux.

L'action préventive ou abortive du traitement mercuriel précoce soutenue par quelques partisans n'est pas démontrée, cependant il n'est pas douteux que le traitement institué à temps peut reculer jusqu'à une durée de dix mois l'apparition des symptômes généraux de la syphilis. Dans le dernier cas les premiers

phénomènes généraux peuvent avoir les caractères connus des récidives, ce qui indique une accélération dans l'évolution de la maladie.

La pratique n'a pas confirmé l'assertion des adversaires du traitement mercuriel précoce qui lui attribuent des inconvénients, en particulier l'augmentation et la gravité des récidives, l'affaiblissement de l'action du mercure dans les traitements à suivre plus tard, ainsi que l'apparition précoce et plus grave des actions accessoires nuisibles de l'emploi du mercure.

L'observation apprend plutôt que la méthode de traitement diminue en général beaucoup le nombre et l'intensité des récidives, que l'action du mercure dans tous les cas est aussi rapide, énergique et durable que chez les malades qui ont été soumis au traitement mercuriel général seulement après l'apparition des symptômes secondaires, et qu'enfin la stomatite mercurielle, la diarrhée, l'anémie sont aussi fréquentes avec le traitement précoce qu'avec le traitement tardif. Aussi l'auteur croit-il que le traitement précoce est non seulement permis, mais doit être recommandé.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'urétrite staphylococcique par coït « ab ore » (*Semaine Médicale*, 25 janvier 1905). — Outre les urétrites blennorragiques réveillées par un coït buccal chez les urètres antérieurement infectés, il existe des cas d'urétrite à staphylocoque pur aiguë ou suraiguë, d'origine buccale. Les signes peuvent être aussi aigus que dans la blennorragie, et le diagnostic ne peut se faire que par l'examen microscopique et l'ensemencement. Les observations publiées par A. Malherbe, H. Malherbe et Ollive, ont montré que la plupart du temps la contagion avait pour origine une stomatite aphteuse ; dans une de ces observations les phénomènes aigus étaient très intenses, les mictions très douloureuses, l'écoulement sanguinolent, l'état général hyperthermique.

Le traitement consiste dans le repos, les grands bains, les lavages au permanganate, et les pansements avec les bougies à l'ichtyol. D'après les observations d'Audistère, les urétrites non gonococciques seraient dans certains cas contagieuses pour la femme et pourraient infecter l'utérus et les trompes.

M. DESCHAMPS.

Urétrite non gonococcique, par SPOONER (*Med. Rec.*, 11 novembre 1905). — Les causes d'urétrite sont si nombreuses que l'auteur préfère classer les cas suivant les conditions cliniques. Il distingue ainsi les urétrites causées par une irritation interne : coït, cathétérisme, érections, masturbation, injections médicamenteuses ; les uréthrites causées par une irritation interne mécanique, chimique et toxique, d'origine constitutionnelle : aliments, boissons, médicaments, goutte, rhumatisme, diathèse arthritique, herpès, oreillons, syphilis, tuberculose, fièvre typhoïde, diabète. Les dires des malades ne doivent être acceptés qu'avec circonspection. Au point de vue clinique le diagnostic différentiel est impossible ; on peut seulement dire qu'en général dans les cas d'uréthrite non blennorragique les périodes d'incubation et l'évolution sont plus courtes et moins douloureuses que dans l'uréthrite blennorragique.

Les cas d'urétrite non blennorragique d'origine constitutionnelle doivent être traités en supprimant la cause excitante. Lorsque l'urétrite est due à une bactérie pyogène le traitement est le même que pour l'urétrite blennorrhagique. Quelques cas d'urétrite aseptique d'origine inconnue ne sont influencés par aucun traitement.

L. JUMON.

Traitement des états consécutifs à l'urétrite chronique antérieure, par TRENTWITH (*Med. News*, 9 décembre 1905). — Il est très important d'arriver à une guérison complète de l'urétrite blennorragique, afin de prévenir l'extension de la maladie. Dans les cas visés par l'auteur, les malades ont les lèvres du méat collées le matin, avec léger écoulement de muco-pus, ils ont la sensation d'une goutte d'urine qui passe longtemps après la miction ou d'une brûlure située le long de la verge. Cet état chronique aboutit plus tard à des rétrécissements, parfois à des érosions en arrière du rétrécissement. Le diagnostic doit s'appuyer encore sur l'examen local de l'urètre, de la prostate et des vésicules séminales.

En commençant le traitement on stérilisera le méat par un lavage au savon vert, puis au sublimé. On passera ensuite des bougies de numéros de plus en plus forts une fois tous les 5 à 7 jours, en les laissant en place de 5 à 10 minutes. Après chaque cathétérisme on fera un lavage de l'urèthre avec une solution de nitrate d'argent à 1/8000 ou on instillera une solution à 1/125 de nitrate d'argent à l'endroit du rétrécissement. Comme préventif contre l'infection on donnera de l'urotropine. L'uré-

trotomie est indiquée lorsque le rétrécissement ne se laisse pas distendre.

S'il n'existe pas de rétrécissement, mais seulement des symptômes de catarrhe, l'auteur fait un lavage avec une solution de nitrate d'argent dont le titre varie de 1 à 2/16.000 et qu'il pousse jusque dans la vessie. Lorsque les symptômes s'amendent il fait alors une instillation de petite quantité de solution de nitrate d'argent de 1/2000 à 1/125. L'instillation est répétée tous les 2 ou 3 jours et on en surveille la réaction. Chez lui le malade fait matin et soir une injection de solution saline normale chaude qu'il garde dans l'urètre pendant une demi-minute.

Deux ou trois fois par jour il peut faire des injections de sulfate de zinc et d'alun, à raison de 0,12 à 1 gramme pour 30 grammes d'eau; ces injections sont faites après avoir uriné et sont gardées pendant 1 à 2 minutes.

Si l'endoscope montre des plaques d'épaississement ou d'érosion très petites, il vaut mieux les traiter par l'application directe d'une solution de nitrate d'argent de 5 à 20 % au moyen de l'endoscope. Dans les cas où la muqueuse est simplement épaissie l'auteur recommande deux injections d'une solution de 1 à 10 ou 20 % d'ichtyol. Les follicules infectés sont détruits par le galvanocautère à travers l'endoscope.

Si l'examen répété ne révèle rien autre qu'une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, l'auteur cesse tout traitement local et applique un traitement général reconstituant.

Enfin le régime doit toujours être assez sévère pendant toute la durée du traitement.

L. JUMON.

Les ulcérations blennorragiques, par JULLIEN (*Revue internationale de méd. et de chir.*, 10 nov. 1905). — Les ulcérations de la muqueuse urétrale au cours de la blennorragie ont été étudiées avec l'urétroscope, elles ont été vues sous forme d'ulcérations vraies ou d'érosions granuleuses.

Le gonocoque peut provoquer par son contact des ulcérations sur les plaies, sur les muqueuses et sur la peau.

Les ulcérations des muqueuses sont observées généralement sur les lèvres du méat, dans le sillon balano-préputial, sur la couronne du gland, sur la vulve. Au méat, elles se présentent sous l'aspect d'érosions planes rouge vif ou jaunâtre, quelquefois avec une base indurée, et qui peut amener la confusion avec le chancre syphilitique; assez souvent aussi sous la forme d'une fissure à la commissure inférieure du méat. Le sillon balano-préputial est surtout affecté dans les cas de phymosis. A la couronne du gland, on observe des érosions ulcéreuses développées sur des nodosités dues à des infiltrations glandulaires. Les ulcérations vulvaires sont à contours irréguliers, œdématiées, et siègent sur les petites lèvres, à la fourchette, au niveau de la glande de Bartholin, au méat, et même au voisinage de l'anus et sur la muqueuse rectale. Sur la peau, le gonocoque peut s'inoculer et provoquer des lésions de folliculite, ou des ulcérations. On peut même le trouver dans des foyers de suppuration à distance, surtout dans les bubons suppurés de l'aine où il provoque des plaies ulcéreuses interminables.

Les ulcérations blennorragiques s'accompagnent souvent d'infiltration œdémateuse; quelquefois elles prennent l'aspect phagédénique ou serpigineux; sur elles peuvent se greffer un chancre syphilitique ou un chancre mou. Elles sont tenaces et se compliquent souvent de fièvre et de lymphangite.

Le diagnostic avec le chancre induré est parfois délicat quand il y a une base indurée; on s'appuiera sur la période d'incubation, sur le gros ganglions unique et sur l'absence d'écoulement urétral. Le chancre mou sera reconnu par la recherche du bacille de Ducrey et l'autoinoculation. Le diagnostic avec l'herpès est très difficile, et il est probable que l'on est porté à confondre beaucoup d'ulcérations blennorragiques avec des érosions herpétiques.

Le traitement s'adressera d'abord à l'écoulement urétral; l'ulcération sera traitée par les bains locaux, les pommades, les lavages aux solutions argentiques, au chlorure de zinc, au permanganate. Dans les cas rebelles, on emploiera le curettage ou le thermo-cautère. Les bubons blennorragiques ulcérés seront curettés, et les culs-de-sac excisés.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'hypospadias, par CARRIER (*L'Echo méd. du Nord*, 24 décembre 1905). — L'auteur a opéré un jeune enfant de quatre ans pour un hypospadias balanique, par le procédé de von Hacker, modifié par Villemin. Avec la vieille méthode de Duplay, on voulait reconstituer la portion manquante de l'urètre, en utilisant les tissus voisins, mais, outre que l'opération exigeait en général deux séances, elle laissait un méat cicatriciel à tendance constamment rétractile. Le procédé actuel est à l'abri des ennuis des anciennes méthodes. Il consiste à disséquer l'urètre sur une certaine étendue, en laissant autour de l'orifice hypospadique une petite collerette de muqueuse; l'urètre,

ainsi libéré, est ensuite attiré à travers un tunnel creusé dans le gland et son orifice est suturé à l'orifice de ponction du gland au moyen de catgut fin, et la sonde à demeure est ordinairement inutile, car il n'existe aucune solution de continuité du canal si l'opération a été bien exécutée. L'auteur insiste sur l'extrême minceur de la portion de l'urètre voisine de l'orifice hypospadique, minceur qui rend ce canal à ce niveau véritablement transparent; son avis, en conséquence, est de ne pas opérer avant l'âge de quatre ans.

L. JUMON.

Uretéro-hétéro-plastie, par FIORI (*Il Policlinico*, février 1905). — Cette opération fut pratiquée pour rétablir le cours de l'urine dans un uretère qui présentait cinq rétrécissements et contenait onze calculs.

Par la taille lombo-iliaque on fit l'uretérotomie, et on reconstitua l'uretère sur une bougie en gomme n° 30; la bougie n'étant entourée par la paroi uretérale que sur le tiers seulement de sa circonférence, on compléta le nouveau canal en suturant aux deux bords de cette paroi une lame celluleuse qui doublait le péritoine et le muscle psoas. On mit une sonde uretérale à demeure pendant quatre jours: guérison.

M. DESCHAMPS.

Libération externe de l'uretère, par ALBARRAN (*Assoc. française d'urologie*, 1905). — Dans deux cas de rétrécissement de la portion pelvienne de l'uretère consécutifs à de la périurétérite, l'auteur a pratiqué le cathétérisme descendant de l'uretère dans un cas par l'incision du rein déjà fistulisé à la suite d'une néphrotomie ancienne, dans l'autre cas en incisant l'uretère à son émergence du bassinet. La sonde introduite dans l'uretère par en haut était arrêtée au niveau du rétrécissement : elle le franchit aisément après libération de l'uretère du tissu fibreux qui l'entourait à ce niveau ; on la saisit alors dans la vessie avec un lithotriteur et on l'attira au dehors ; elle fut laissée à demeure 11 jours dans le premier cas, 2 jours dans le second. Les deux malades guérirent : elles étaient venues consulter, l'une pour des crises d'hydronéphrose, l'autre pour des crises de pyonéphrose avec débâcles purulentes. La libération de l'uretère se fit aisément par une longue incision lombo-iliaque.

M. DESCHAMPS.

Contribution à l'étude de l'implantation vésicale de l'uretère, par RISSMANN (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, sept. 1905). — Ce procédé assurerait d'une façon très satisfaisante la fixité de l'uretère et la perméabilité de son nouvel abouchement. L'uretère est sectionné en bec de flûte très allongé; à l'extrémité du biseau on passe un fil à l'aide d'une aiguille courbe assez forte, puis on incise la vessie et on passe l'aiguille par cette ouverture et on la fait saillir sous la paroi vésicale à 3 centimètres en dedans de l'incision.

A ce niveau on fait une seconde incision et on sort l'aiguille et le fil de la vessie : ce fil est noué après avoir été passé dans les deux lèvres de l'incision, ce qui assure en même temps la fermeture de l'incision et la fixité de l'extrémité de l'uretère. La première incision est fermée par une collerette de points non perforants placés autour de l'uretère.

Pour réaliser ce procédé, il est indispensable que l'uretère ait conservé une longueur suffisante : il ne convient pas dans les cas où celui-ci a subi une longue perte de substance.

M. DESCHAMPS.

Traitement du rhumatisme blennorragique par la vésiculectomie, par FULLER (*Ann. of Surgery*, juin 1905). — Le rhumatisme blennorragique serait surtout entretenu par l'infection latente des vésicules séminales. Sur 15 rhumatisants, l'auteur trouva 12 fois comme seule source d'infection les vésicules; il en fit l'ablation chez 4 malades qui guérirent de leur intervention sans complications au bout de 15 jours, et qui virent disparaître à la suite leurs raideurs articulaires. Depuis, ils ont recouvré l'usage de leurs membres d'une façon parfaite et définitive ; d'eux d'entre eux étaient immobilisés au lit depuis trois ou quatre mois.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Traitement des salpingites, par M. J.-L. FAURE (*Presse médicale*). — Nous reproduisons le traitement des inflammations annexielles qui tiennent une si grande place dans la pathologie de la femme, tel qu'il est envisagé par un chirurgien, dont il convient de louer, en cette circonstance, la tendance conservatrice. Toute *tuméfaction para-utérine* saillant quelque peu dans les culs-de-sac vaginaux, avec douleurs et fièvre plus ou moins accentuées, est, à n'en pas douter, une salpingite. Il n'en faut même pas tant

parfois pour diagnostiquer une salpingite : « Un certain degré d'immobilisation de l'utérus, qui semble fixé vers l'une ou l'autre de ses cornes et répond mal aux mouvements qu'on lui imprime, suffit pour témoigner du retentissement inflammatoire qui se produit vers les annexes. » Voilà qui est tout à fait juste ; je passe sur la description des cas plus graves, aujourd'hui connus de tous et j'en arrive aux indications thérapeutiques suivantes, dont chacun peut apprécier la justesse. « Etant donné la tendance naturelle des cas simples à la guérison spontanée, on doit favoriser la résolution progressive des foyers inflammatoires : le repos absolu au lit, la glace sur le ventre, les irrigations vaginales et surtout rectales, sorte de bain prolongé intra-pelvien, agissent puissamment sur l'élément douleur et inflammation. Se garder de toute manœuvre, quelle qu'elle soit, sur l'utérus et les annexes. Dans un très grand nombre de cas, ce traitement amène la guérison qui peut être intégrale et définitive, et assez rapide. La surveillance néanmoins continuera, car, si ce bon résultat n'est pas obtenu dans les limites ordinaires, c'est que l'infection gagne de proche en proche, le péritoine pelvien se prend et les foyers augmentent d'étendue. Mais dans ces cas, l'élément *fièvre* vient nous renseigner, et, suivant M. Faure, l'augmentation des *douleurs* est un signe encore plus inquiétant. Dès lors, il faut agir. Que fera-t-on? La *colpotomie* suffit parfois, l'hystérectomie vaginale, dans les cas virulents, est une opération « admirable ». Il faut l'employer sans délai, car ici, l'hésitation, c'est la mort. C'est ainsi qu'avec la période de réaction, nous en revenons sous la plume d'un chirurgien de la jeune école, à la méthode de Péan, pour qui l'hystérectomie vaginale trouvait dans les suppurations pelviennes des trompes sa plus brillante indication ! L'auteur décrit ensuite brièvement les accidents de la salpingite chronique, qui peuvent aussi disparaître après un temps plus ou moins long. Quand ils s'aggravent comme dans le cas précédent, mais avec une indication moins urgente, c'est au chirurgien d'agir. Peut-être l'auteur aurait-il pu ajouter que le traitement chirurgical trouve, dans tous les cas menaçants, aigus ou chroniques, une indication exceptionnelle dans la classe laborieuse, une femme ne pouvant bénéficier du traitement conservateur que lorsque sa condition sociale le lui permet.

A. Benoit.

Cancer du col de l'utérus traité avec succès par la radiothérapie, par Haret (*Arch. d'électr. médicale*, 25 décembre 1905). — Malade âgée de 75 ans, présentant une ulcération cancéreuse siégeant sur le côté gauche du col.

Un chirurgien déconseille l'opération pour deux raisons : d'abord, étant donné l'âge de la malade, et, en second lieu, à cause de l'envahissement de la paroi vaginale : il adresse la malade au laboratoire de radiothérapie de M. le Dr Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on commence la radiothérapie le 7 décembre 1904 ; on fait une séance par semaine ; à chaque séance la surface traitée absorbe une moyenne de 4 H au chromoradiomètre de Holzknecht ; la partie malade est à 20 centimètres de l'anticathode.

Après la deuxième séance, la malade sent déjà un mieux appréciable, les douleurs sont moins violentes. Elles cessent complètement après la quatrième séance. A ce moment, la petite ulcération est cicatrisée.

Enfin, après la sixième séance, on ne trouve plus d'induration : le traitement a duré six semaines.

Les cas semblables sont assez peu nombreux. Il arrive rarement, en effet, qu'on ait à traiter un cancer du col en début, le chirurgien consulté préférant une intervention chirurgicale plutôt que de tenter le traitement par les rayons X. En second lieu, des faits de ce genre montrent qu'il n'est pas du tout contraire à l'intérêt des malades de les soumettre à cette épreuve avant de se décider à une grande intervention, quitte à faire opérer la malade sans tarder si la radiothérapie ne semble pas amener rapidement une amélioration.

Comme, d'autre part, les malades se soumettront plus vite à ce traitement qu'à une intervention chirurgicale, les chances de guérison seront encore plus grandes.

E. Vogt.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Les lécithines et le lait, par Fournier (*La Presse médicale*, 27 décembre, 1905). — L'auteur constate que le lait de femme contient environ deux fois autant de lécithine que le lait de vache : d'un autre côté, la stérilisation détruit un tiers environ des lécithines du lait. Ces considérations ont conduit à la recherche des moyens d'incorporer au lait les lécithines du jaune d'œuf. Celles-ci sont insolubles dans l'eau et altérées par ce liquide, mais associées aux corps gras, elles sont protégées par eux, ce

qui explique leur conservation dans le lait.

Se basant sur ces données, l'auteur a préparé des laits contenant jusqu'à 40 à 50 grammes de lécithine par litre : ils constituent des solutions mères qu'on peut ensuite mélanger au lait cru, bouilli ou stérilisé, en proportions convenables, p. ex. à raison de 1 gramme de lécithine par litre.

Le lait lécithiné conserve l'aspect, la couleur, le parfum du lait avec lequel il a été préparé; seule sa saveur est légèrement plus crémeuse. La solution mère demeure indéfiniment homogène, quand elle est close aseptiquement.

E. VOGT.

Action du thé en infusion, par SIR LAUDER BRUNTON (*The Practitioner*, janvier 1906). — Le thé exerce son action sur la circulation, la moelle et l'encéphale. La circulation sanguine est plus active et l'irrigation cérébrale est meilleure. Il est probable que le cerveau est directement stimulé et un effet de cette stimulation est d'empêcher le sommeil de se produire. Bennet et Mc Kendrick prétendent que le thé diminue ou abolit la transmission des impressions sensitives dans les nerfs périphériques et la moelle, il semble ainsi diminuer la sensation de fatigue et donne une sensation de bien-être permettant d'endurer la fatigue. A côté de ces avantages, le thé offre des inconvénients résultant de l'abus. En diminuant les sensations désagréables il diminue l'appétit et oppose un certain obstacle à l'alimentation. Certains thés ont en outre une action fâcheuse sur l'estomac par suite du tannin qu'ils renferment. Le tannin pris avec de la viande rend celle-ci moins digestible, de sorte que l'usage du thé avec la viande peut conduire à la dyspepsie. Mais le tannin contenu dans le thé affecte encore la muqueuse gastrique et affaiblit son pouvoir digestif. Dans la préparation de l'infusion il faut donc éviter de porter celle-ci à l'ébullition pour ne pas la charger de tannin.

Par suite de la diminution de la sensation de fatigue et d'une alimentation restreinte, les personnes qui font abus du thé dépensent physiquement plus qu'elles ne se réparent, elles deviennent nerveuses, émotives, souffrent plus facilement des névralgies et ont du tremblement. Ce dernier est plus facilement provoqué par le thé vert que par le thé noir. Le thé est un stimulant puissant de la circulation et, si on en fait abus, l'appareil circulatoire s'affaiblira, d'où la fréquence des palpitations et la faiblesse du pouls.

Tous les thés ne sont pas également nocifs. Beaucoup préfèrent le thé de Ceylan et de l'Inde au thé de Chine en raison de son arome et de son action stimulante, mais ce dernier contenant moins de tannin est moins sujet à causer la dyspepsie. L'auteur rappelle que le thé vert et le thé noir ne sont pas deux variétés différentes, mais que leur différence dépend du mode de préparation, le thé noir ayant subi une sorte de fermentation avant la torréfaction. Au total le thé infusé seulement deux ou trois minutes et pris avec modération est utile et agréable, mais pris en excès ou avec de la viande de boucherie, il peut produire des troubles digestifs; son excès détermine des troubles nerveux très sérieux.

L. JUMON.

Que devient la paraffine dans le corps humain? par KIRSCHNER (*Société médicale de Berlin*. 29 novembre 1905). — L'orateur cite un cas dans lequel un nez ensellé fut traité il y a quatre ans par une injection de vaseline ; il est porté comme guéri dans l'ouvrage de Stein. Peu à peu, il s'est développé une véritable tumeur à la base de l'orbite à droite, et on a dû enlever cette masse qui gênait la vision : la peau était violacée et distendue.

Les injections de paraffine solide ne donnent pas, souvent, de meilleurs résultats, car les deux substances sont à la longue résorbées et remplacées par du tissu conjonctif : les tissus ne supportent pas dans une égale mesure ces injections ; elles peuvent provoquer des troubles graves. On aurait grand tort de croire que ces substances restent à l'état de corps étranger, ne provoquant aucune réaction, dans les tissus : il ne se forme pas de capsule autour de la masse injectée, ainsi que le démontrent les nombreuses préparations que l'orateur fait passer sous les yeux de la Société.

Dans la discussion qui a suivi cette présentation, ECKSTEIN estime que pour la paraffine fondant à 55°C. environ, la résorption est à peine sensible ; il a revu des opérés après 7 ans et n'a observé aucune déformation appréciable. Les insuccès sont dus sans doute à un défaut dans l'asepsie. Il base son opinion sur environ 2.000 injections.

JOSEPH au contraire a constaté, surtout en cas d'opérations dans la région nasale, des déformations, des télangiectasies ; on doit limiter l'intervention aux cas très marqués d'ensellure.

KIRSCHNER termine la discussion en maintenant son opinion, qui est basée sur des examens histologiques minutieux : il estime aussi que, pour beaucoup de raisons, les opérateurs ne publient pas les insuccès ou ne revoient pas leurs malades quand les déformations se manifestent.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

XVe Congrès international de Médecine (Lisbonne, 19-26 avril 1906). — A l'occasion du Congrès international de Médecine, qui se tiendra à Lisbonne du 19 au 26 avril 1906, la Compagnie *Orient-Pacific Line* organise une croisière sur le bateau « *Ophir* », à laquelle pourront participer les médecins français qui se rendront à Lisbonne.

Le bateau quittera Londres le 12 avril et s'arrêtera le vendredi 13 avril à 7 heures du matin à Cherbourg, où pourront s'embarquer les médecins français qui prendront part à la croisière. De Cherbourg, l'*Ophir* fera escale à Vigo, Tanger, Gibraltar et arrivera à Lisbonne le mercredi 18. Pendant la durée du Congrès, le bateau stationnera à quai à Lisbonne et les passagers continueront à y loger et à y prendre leurs repas.

Le Congrès fini, l'*Ophir* quittera Lisbonne le 24 avril au soir et, après un arrêt à Oporto, débarquera les médecins français à Cherbourg le samedi 28 à midi.

Le prix de la croisière, comprenant la nourriture à bord pendant le voyage et pendant les escales et le séjour à Lisbonne est de 370 à 900 francs, suivant la position de la cabine occupée.

On peut retenir des cabines : à l'Agence Cook (1, Place de l'Opéra, à Paris) ; à Marseille, chez MM. Worms, 16, Place Beauvais ; à Bordeaux, chez M. Henry Danis, 6, quai Louis XVIII.

Une autre Compagnie anglaise, « *Travel-Bureau* », organise une autre croisière, avec départ de Liverpool et arrêt au Havre, pour embarquer les Congressistes français. Prix du billet Liverpool-Lisbonne et retour : 290 frs.

Pour retenir les cabines, s'adresser à *The Travel-Bureau*, 9, B. Banks. Cookspen Street, 26, Londres.

Chronique des hôpitaux. — *Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild*, 29, rue Manin et rue Priestley, 56-58 (Buttes Chaumont). — Médecin en chef : Dr A. Trousseau. — Cette fondation reçoit les malades atteints d'affections oculaires curables. — Opérations : Le mercredi à 9 h. du matin : Dr A. Trousseau. — Consultations : Tous les jours de 9 à 11 h. le matin : Dr Sulzer. — Tous les jours de 1 à 3 h. le soir : Dr Millée. — Les mardi, jeudi et samedi de 7 à 8 h. du soir : Dr Hourmouziadès et Dr Vigier. — Services auxiliaires : Réfraction et examens fonctionnels : Dr Polak. — Electrothérapie : Dr Bissérié. — Bactériologie et histologie : Dr Duclos. — Oto-rhino-laryngologie : Dr F. Landolt.

Infirmerie spéciale de Saint-Lazare. — *Cours élémentaires de syphiligraphie, vénéréologie.* — Professeurs : MM. Julien, Verchère, Ozenne, Le Pileur et Wickham. 1er semestre, janvier, février; 2e semestre, mai, juin. Ces cours auront lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 10 heures 1/2, à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, 107, faubourg Saint-Denis. Ils sont destinés aux docteurs en médecine et aux étudiants munis de 16 inscriptions. On peut se faire inscrire à la maison même, en se rendant aux cours. Des affiches annonceront le début des cours.

L'élection de M. Lannelongue au Sénat. — M. le prof. Lannelongue vient d'être élu sénateur du Gers, en tête de liste, et avec une très grosse majorité.

Tout ce qui regarde la profession médicale trouvera certainement au Sénat, chez M. Lannelongue, aide et protection. Il ne peut que représenter une augmentation notable de force morale et d'autorité scientifique pour le groupe médical du Parlement. Ce qu'il fit à la Chambre des députés est un sûr garant de ce qu'il voudra faire au Sénat. Le moment est on ne peut plus propice, en raison de l'actualité de la question des réformes à introduire dans l'enseignement médical.

Distinction honorifique. — A été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Au grade d'officier*, M. Ruault, de Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Delarue, député radical de l'Allier. M. Delarue a légué toute sa fortune (800.000 fr. environ) à la ville de Gannat, et sa maison de Gannat destinée à devenir un Musée local; — de M. Mégnin, vétérinaire, membre de l'Académie de médecine; — de M. le Dr Piéchaud, professeur de Clinique infantile à la Faculté de médecine de Bordeaux.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie de la lecture et de l'écriture, suivie de déductions pratiques relatives à l'hygiène, aux expertises en écriture et aux progrès de la typographie, de la cartographie, de l'écriture en relief pour les aveugles, etc., par M. le Docteur E. JAVAL, membre de l'Académie de médecine, directeur honoraire du laboratoire d'ophtalmologie à la Sorbonne, 1 vol in-8 de la *Bibliothèque scientifique internationale*, avec 96 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, 6 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Ce livre étant destiné au grand public, le savant physiologiste a dû s'efforcer de rendre abordables les recherches historiques et les notions théoriques sur lesquelles il fonde ses démonstrations, et il y a pleinement réussi. Les chapitres où il expose l'évolution de la typographie, de la sténographie et de l'écriture musicale; ceux qu'il consacre à l'optique de l'œil et au mécanisme soit de la lecture, soit de l'écriture, sont d'une lecture facile et même attrayante.

Parmi les applications pratiques exposées dans ce livre, nous relevons tout d'abord l'argumentation magistrale en faveur de l'emploi de l'écriture droite dans les écoles primaires. Dès 1878, M. Javal a entrepris en faveur de l'écriture droite une campagne qu'il a continuée pendant 25 ans à la tribune de plusieurs sociétés savantes, et notamment de l'Académie de médecine.

Le chapitre le plus curieux du livre est celui où il est traité de la forme du caractère typographique; l'auteur trouve le moyen de produire des impressions lisibles à l'aide de caractères de très petite dimension : la planche où sont réunis des caractères de un, deux et trois points est un vrai tour de force.

L'infirmité de l'auteur, devenu complètement aveugle avant d'entreprendre la rédaction du volume que nous analysons, n'a pas nui à la correction typographique de l'ouvrage; par contre, elle nous a valu deux très curieux chapitres relatifs à l'écriture des aveugles.

Tout comme le précédent ouvrage du Dr Javal, *Entre Aveugles*, ce livre que nous présentons au public est animé d'un souffle phisiologique remarquable, qui dérive de l'application du principe de moindre effort. Ce principe se manifeste particulièrement dans le chapitre si original consacré à l'enseignement de l'écriture et dans quelques passages relatifs à la réforme de l'orthographe et à la langue auxiliaire Esperanto dont M. Javal est un des plus fervents adeptes.

Son livre est à la fois un beau livre et une bonne action.

Interprétation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse. Thérapeutique préventive de l'hémoptysie, par Dr Fernand BARBARY (de Nice), Délégué de la Société de préservation contre la tuberculose, Membre du Bureau International pour la lutte contre la tuberculose, Membre correspondant de la Société de Thérapeutique. Un volume in-8 de 116 pages, relié édition de bibliothèque, tracés, planches, etc. Prix, 3 fr. 50. (De Rudeval, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois, Paris.)

Le mécanisme proprement dit des hémoptysies tuberculeuses est encore très obscur. Le Dr Barbary vient de lui donner une interprétation scientifique basée sur des recherches poursuivies plusieurs années.

L'hémoptysie tuberculeuse serait presque toujours fonction de l'hypertension artérielle et, conséquence thérapeutique des plus importante, il serait possible de supprimer dans bien des cas les hémoptysies, en surveillant leur cause, l'hypertension artérielle.

On croit généralement que l'hypotension est liée naturellement à la tuberculose. Ce qu'il faut dire, répond l'auteur, c'est qu'à des phases d'hypotension, parfois longues, succèdent des phases d'hypertension, parfois courtes et méconnues.

L'ouvrage se divise en deux parties. Dans l'une, l'auteur décrit les causes multiples chez les tuberculeux, de l'hypertension transitoire, instable ou permanente; dans la seconde, il indique une thérapeutique préventive de cette hypertension.

L'ouvrage contient de nombreuses observations avec analyses chimiques, bactériologiques tracés de tensions pris au sphygmographe de Marrey; planches des instruments, sphygmographes, sphygmomètres, etc.

La conclusion de l'auteur résume l'importance de l'ouvrage : « L'hémoptysie tuberculeuse est toujours fonction de l'hypertension artérielle. — La thérapeutique préventive des hémoptysies consiste dans le traitement préventif de l'hypertension. »

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Enquête sur la qualité du lait vendu à Paris en mai 1905, par le Dr HENRY de ROTHSCHILD. — On doit poser en principe qu'en cette saison surtout, le lait d'une vache laitière saine (les hollandaises exclues) ne doit pas titrer moins de 32 grammes de matière grasse par litre. Des essais nombreux, répétés tous les jours depuis longtemps sur des laits d'origine bien connue, nous ont confirmé dans cette opinion, que d'autres auteurs, avant nous, avaient déjà formulée. Les laitiers peuvent et ont donc le devoir de fournir à leur clientèle des laits atteignant ce taux ou l'approchant, pour le moins, à 1 ou 2 grammes près. L'expérience de plusieurs années me permet de proposer la classification suivante :

Très mauvais laits : ceux dont le titre en beurre ne dépasse pas 30 grammes par litre. *Mauvais laits :* ceux dont le titre en beurre varie de 30 à 35 grammes par litre. *Laits passables :* ceux qui titrent de 36 à 37 grammes de beurre par litre. *Bons laits* : ceux qui titrent de 38 à 39 grammes de beurre par litre. *Très bons laits :* ceux dont le titre en beurre atteint ou dépasse 40 grammes par litre.

Nous étant proposé de voir comment se répartiraient dans les catégories ci-dessus des laits recueillis chez des débitants parisiens, nous avons procédé de la façon suivante : des échantillons à différents prix ont été prélevés dans tous les arrondissements tant chez des crémiers que chez des fruitiers ou épiciers. Pour donner à notre recherche toute sa valeur, les échantillons ont été recueillis, dans chaque arrondissement, en des points assez éloignés les uns des autres, chez des boutiquiers dont le commerce semblait assez actif. Nous avons prélevé dans chaque arrondissement un nombre d'échantillons proportionné, autant que possible, au nombre d'habitants, en sorte que, par exemple, nous avons opéré plus de prélèvements dans le XIIIe arrondissement, qui est très populeux, que dans le Ier, où la densité de la population est moins élevée. Suivant ces indications, nous avons recueilli au total 87 laits dont on a déterminé, au laboratoire de notre Polyclinique, la richesse en beurre. On s'est servi pour cela de la méthode de Gerber. Celle-ci, qui est couramment employée dans l'industrie laitière, offre le précieux avantage d'être très rapide. En outre, quand la centrifugation est complète, elle donne des résultats très constants. Nous l'avons comparée, à plusieurs reprises, avec la méthode d'Adam et nous avons obtenu des résultats toujours concordants.

Ce qui frappe dès l'abord, c'est que les laits pauvres en matière grasse l'emportent de beaucoup, en nombre, sur les laits bons ou seulement passables. Ainsi, si nous adoptons la classification proposée plus haut, nous voyons que sur ces 87 échantillons, il y en a :

29	soit 33 %	environ à désigner	comme			*très mauvais*
39	» 45 %	»	»	»		*mauvais*
7	» 8 %	»	»	»		*passables*
4	» 5 %	»	»	»		*bons*
8	» 9 %	»	»	»		*très bons*

Au total, 19 échantillons seulement (soit 22 %) se présentent avec une richesse en matière grasse, tandis que 63 autres (soit 78 %) n'ont pas la qualité exigible pour figurer parmi les laits acceptables.

Si nous entrons dans le détail, nous voyons que les mauvais échantillons ne figurent pas seulement parmi les laits vendus bon marché, 20 ou 25 centimes, mais qu'il y en a, en proportion presque égale, parmi les laits vendus 30 et 40 centimes le litre. Bien mieux, tandis que les moins riches des laits vendus 20 et 25 centimes titrent respectivement 24 et 29 grammes de beurre par litre, nous en trouvons 2 à 19, 1 à 21, 1 à 23, 1 à 25 grammes parmi les laits à 30 centimes ; puis 1 à 24 et 1 à 27 parmi les laits à 40 centimes. Cette bizarrerie apparente trouve son explication dans le fait que le Laboratoire municpal exerce surtout sa surveillance sur les laits à bas prix. On voit cependant, par l'ensemble, que cette surveillance est bien insuffisante encore.

Cela ne signifie pas, du reste, que les laits vendus le meilleur marché soit les meilleurs, mais tout au plus que ce n'est pas parmi eux que l'on rencontre les plus mauvais. Voici d'ailleurs, en ordonnant les laits d'après leur prix, ce qu'indique notre enquête :

Les laits vendus 20 centimes (22 échantillons) sont :

Très mauvais dans la proportion de 50 p. 100. *Mauvais :* 41 p. 100 (soit 91 p. 100). *Passables :* 9 p. 100.

Les laits vendus à 25 centimes le litre (16 échantillons) sont :

Très mauvais dans la proportion de 56 p. 100. *Mauvais :* 19 p. 100 (soit 75 p. 100). *Passables :* 6 p. 100. *Bons :* 6 p. 100. *Très bons :* 13 p. 100.

Les laits vendus 30 centimes le litre (23 échantillons) sont :

Très mauvais dans la proportion de 39 p. 100. *Mauvais :* 36 p. 100 (soit 75 p. 100). *Passables :* 7 p. 100. *Bons :* 7p. 100. *Très bons :* 11 p. 100.

Les laits vendus 40 centimes le litre (21 échantillons) sont :

Très mauvais dans la proportion de 19 p. 100. *Mauvais :* 52 p. 100 (soit 71 p. 100). *Passables :* 10 p. 100. *Bons :* 5 p. 100. *Très bons :* 11 p. 100.

La proportion des laits non acceptables est assez élevée comme on le voit, dans chaque catégorie.

Le dosage du beurre dans le lait ne précise pas, toutefois, le nature du procédé frauduleux mis en œuvre, mouillage ou écrémage. M. Winter a montré, en 1895, que la cryoscopie appliquée au lait peut très exactement indiquer si un lait a été mouillé et dans quelles proportions il l'a été. Le lait pur, en effet, tel qu'il sort de l'organisme animal, se congèle à 0°55; additionné d'eau, le lait présente un point de congélation d'autant plus rapproché de 0°, point de congélation de l'eau, que la proportion d'eau ajoutée a été plus considérable. L'écrémage, au contraire, ne relève ni n'abaisse le point de congélation du lait.

Nous avons soumis à la cryoscopie la plupart des échantillons de lait dont l'analyse vient d'être rapportée. A part deux ou trois exceptions, le point de congélation a toujours été très voisin de 0°05. On peut donc en conclure que le mouillage est exceptionnel et que c'est plutôt à l'écrémage qu'ont recours les fraudeurs. Il n'est pas indifférent d'être renseigné sur ce point. Le mouillage est une opération bien plus redoutable pour la santé publique que l'écrémage. S'il est vrai que l'écrémage supprime un des principes les plus importants du lait, il n'est pas moins vrai que les autres constituants, caséine, lactose, sels, etc... restent dans le liquide en proportion à peu près normale. Avec le mouillage, au contraire, outre que l'eau employée pour cette opération, étant prise au ruisseau ou à une borne-fontaine, risque d'apporter avec elle des germes de maladies infectieuses, la dilution de la caséine, du lactose et des sels fait du liquide un aliment de médiocre valeur (*Progrès médical*).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr **F. Lagrange**.

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

ÉTUDE ANATOMIQUE SUR LE COBAYE

Par **Henri Alezais**, docteur en médecine et docteur ès sciences.

Premier fascicule : **Ostéologie, Arthrologie, Myologie.**

1 vol. in-4°, avec 55 figures dans le texte..... **8 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 volume in-8°..... **5 fr.**

Philosophie de l'Effort, Essais philosophiques d'un naturaliste

Par **Armand Sabatier**, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier

1 volume in-8°..... **7 fr. 50**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr**

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RÉÉDUCATION PHYSIQUE

Son but — Ses indications — Ses résultats;

Par le Dr Cauvy (de La Malou).

Définition et but de la rééducation. — La rééducation est une méthode thérapeutique qui a pour but de développer ou de corriger, au moyen d'exercices appropriés, les fonctions motrices, organiques, sensorielles et psychiques, dont le mécanisme a été troublé par une altération congénitale ou une affection acquise.

C'est sans doute parce qu'elle est en partie l'expression des connaissances les plus récentes de la neuro-pathologie que cette branche de la thérapeutique a pris ces derniers temps une extension considérable.

Aussi certains médecins, dont nous sommes, s'y sont-ils entièrement adonnés, surtout depuis les conférences du Pr Raymond, à la Salpêtrière, consacrant en quelque sorte la méthode de Frænkel, depuis les travaux du Pr Brissaud sur la rééducation des tics, et enfin depuis que d'autres cliniciens ont élargi le cadre de cette thérapeutique rationnelle en l'appliquant à d'autres affections.

La rééducation, qu'il ne faut point confondre avec la gymnastique suédoise et la mécanothérapie, s'adresse surtout à l'incoordination, au manque d'équilibre, aux divers troubles du mouvement et de la sensibilité ou à ceux des organes dont il est fait mention plus loin dans le tableau synoptique et par suite elle développe la volonté, l'attention et la précision en disciplinant l'organisme.

Mais les articles, les conférences et les ouvrages qui ont trait à cette méthode, disséminés un peu partout, ou bien se rapportent seulement à un symptôme pris au hasard de la clinique, ou bien représentent un travail de longue haleine, et n'intéressent que le spécialiste. Ce qu'il faut au médecin, ce sont des données plus générales en même temps que précises.

D'un autre côté, il nous paraît que, dans certains cas, on a un peu dépassé le but en voulant attribuer à la rééducation une valeur curative en elle-même. Ainsi envisagée, il en serait bientôt de cette méthode comme de tant d'autres et bien certainement à tort, le discrédit ne tarderait pas à s'y attacher.

Nous avons toujours considéré, au contraire, la rééducation comme un adjuvant excel-

lent de tout traitement quand « elle est appliquée à propos, lorsque le dosage en est rigoureusement et régulièrement établi, de façon à ne point surmener le malade, etc. (1). »

Par cela même on peut voir que cette thérapeutique s'adresse d'autant mieux aux affections acquises que, dans ces cas, le malade ne doit en somme que réapprendre ce qu'il a connu auparavant, mais encore faut-il que la lésion destructive n'ait pas intéressé un trop grand nombre de fibres ou de cellules, car si l'on peut obtenir beaucoup avec peu, faut-il au moins que la déchéance organique ne soit pas trop profonde afin de pouvoir établir des suppléances.

Indications. — Quelles sont donc les affections susceptibles d'être traitées par la rééducation ?

Nous passerons sous silence beaucoup d'entre elles pour mentionner seulement les principales, les plus courantes, celles que le praticien rencontre fréquemment au cours de la clientèle et contre lesquelles toute autre thérapeutique appliquée isolément reste souvent impuissante ou incomplète. Car, comme nous l'avons dit plus haut, si la rééducation est un adjuvant, ce dernier est néanmoins un adjuvant puissant, souvent indispensable, en tout cas toujours utile.

Mieux qu'une longue description, et cela aussi bien pour la simplicité du fait que pour faciliter la tâche au médecin que les occupations quotidiennes empêchent de se livrer à une étude approfondie de la thérapeutique nerveuse, le tableau synoptique suivant nous paraît donner des indications précises. La rééducation pouvant s'exercer sur les troubles du mouvement comme sur les troubles viscéraux ou des sens, on peut, suivant les organes intéressés, la diviser en trois parties.

Cette division n'a évidemment rien d'absolu, car dans la pratique tous les organes peuvent être troublés à la fois chez le même individu, ce qui exige une technique d'exécution beaucoup plus délicate.

Tableau synoptique des principales affections, traitées par la rééducation.

1° Rééducation motrice comprenant les troubles du mouvement	Ataxie (incoordination). Hémiplégie. Maladie de Little. Tics. Chorée. Crampes professionnelles. Astasie. — Abasie. Paralysies d'origine névrosique.
2° Rééducation sensorielle	Tact. Sens musculaire.
3° Rééducation des organes viscéraux	Appareil respiratoire. — digestif. — vésical.

Technique générale de la méthode. — Quelle est la technique employée en rééducation ? Evidemment, les exercices sont variables à l'infini et diffèrent suivant les affections et les malades. Pour cette raison, le mode opératoire ne peut être utilement et scientifiquement fixé qu'après avoir tâté chaque susceptibilité individuelle. Néanmoins on peut en donner une idée générale.

(1) Extrait de l'article paru dans les *Archives d'Hydrologie*, sur « La Cure de La Malou », par le Dr Cauvy.

Ces exercices doivent être exécutés lentement, aussi régulièrement que possible et d'une façon réfléchie. Ils consistent :

1° En exercices au lit : comprenant des mouvements d'ébauche de locomotion ou d'équilibre statique, des mouvements régulièrement alternatifs d'immobilisation et de mobilisation. Pour cela, on adapte au lit différents appareils destinés à cet usage;

2° En exercices d'équilibre statique (debout) exécutés dans des carrés spéciaux;

3° En exercices de locomotion proprement dite, faits dans des divisions calculées à cet effet, suivant la longueur du pas, du demi et du quart de pas, ou encore suivant un angle déterminé, etc., etc., si bien que le malade peut exécuter d'une façon insensible et méthodique toute une série de mouvements.

Il est nécessaire aussi, pour les membres supérieurs, d'avoir recours à des appareils particuliers, plateaux rectangulaires ou triangulaires percés de trous ou de godets numérotés ou bien encore munis de boules de différentes grosseurs.

Cet exposé succinct ne peut donner qu'une idée schématique de la méthode, car, dans la pratique, ce qui permet au médecin d'employer tel système ou tel appareil est affaire d'appréciation et on conçoit tout l'intérêt qui en découle pour le malade.

Quant au nombre de séances qui doivent être faites, le chiffre ne peut en être fixé avec une rigueur absolue puisqu'il faut compter avec les différents facteurs qui composent une affection. Mais ces exercices doivent être faits d'une manière aussi régulière que possible, quelquefois tous les jours ou deux fois par jour, d'autres fois trois ou quatre fois par semaine seulement, suivant indications ou toutes restrictions établies.

On trouvera à la page suivante le schéma de quelques figures employées en rééducation. Ces figures sont tracées sur le plancher de la salle de rééducation sur une longueur de 8 à 10 mètres. Tous les traits et toutes les divisions ont des dimensions bien déterminées. Elles forment un ensemble ayant pour effet d'amener la précision du mouvement. Nous avons choisi les plus simples pour faciliter la clarté de l'explication, mais l'outillage est beaucoup plus complet et demande, comme il est facile de le concevoir, une salle spacieuse où l'on peut à volonté donner de la lumière ou faire l'obscurité et où plusieurs personnes peuvent manœuvrer à la fois.

Il s'ensuit, du reste, dans le contact des malades un entraînement de part et d'autre qu'on ne saurait obtenir que difficilement lorsque la rééducation est faite isolément.

Il en résulte à plus forte raison que la rééducation ne peut être faite sous forme de conseils donnés au malade en lui laissant le soin de faire les exercices chez lui. Ce procédé, loin de donner des résultats, n'arriverait qu'à le décourager. En somme, passer d'une façon progressive des mouvements les plus simples à des mouvements combinés, préciser avec lenteur et modération ces mêmes mouvements comme il est bon de le faire dans la rééducation motrice chez des ataxiques ou des hémiplégiques par exemple; et surtout ne passer à un mouvement plus complexe que lorsque le précédent est déjà exécuté d'une manière normale, mettre dans ces exercices un esprit de suite, prendre le pouls fréquemment, en particulier pendant les premières séances, etc.: voilà de quoi exercer un peu la patience des malades au début. Or, comme certains d'entre eux ont trop souvent tendance à dépasser le but, et cela malgré toutes les prescriptions, c'est à cette intelligente et docile patience que le médecin s'adressera tout d'abord. En effet, pour que les résultats de la méthode se manifestent d'une façon sérieuse et restent durables, ce qui

est naturellement le point intéressant, il est nécessaire d'asseoir la rééducation sur des bases solides.

Résultats. — Le résultat sera d'autant plus positif que le malade s'appliquera mieux. L'effort de volonté produit dans la juste mesure sera pour lui un puissant levier qu'il faudra toujours conserver. L'ataxique qui est le type des incoordonnés est un de ceux

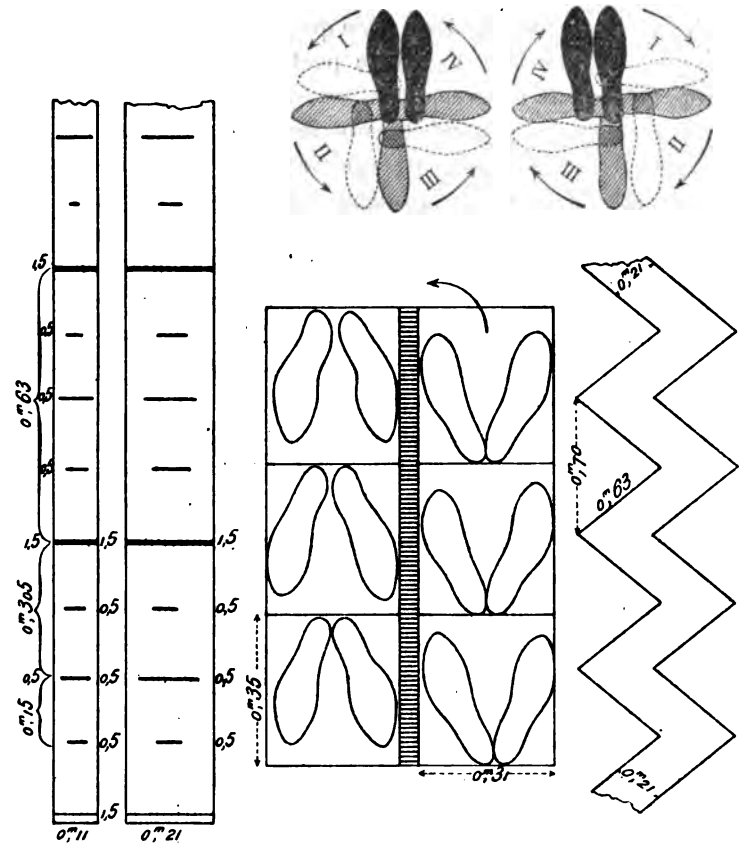


Fig. 1.

qui bénéficient dans une très large mesure de la rééducation aussi bien pour les troubles des membres supérieurs ou inférieurs que pour ceux concernant le tronc, le sens musculaire (sens kinesthésique), la notion de position (sens stéréognostic) ou les organes viscéraux.

Il en est de même de l'hémiplégique, à la condition que chez celui-ci comme chez celui-là les délabrements du système nerveux ne soient pas trop étendus.

Dans notre pratique déjà vieille de six ans, à La Malou, où nous avons pu suivre pas à pas un grand nombre de personnes, l'observation montre qu'au bout d'un certain temps, ataxiques et hémiplégiques arrivent à se rapprocher très sensiblement de la normale soit en ce qui concerne la motilité proprement dite, soit en ce qui concerne l'écriture ou la parole. Mais il est nécessaire d'être prudent et méthodique dans l'exécution,

comme il importe, répétons-le, que la déchéance organique ne soit pas trop profonde. Là encore, il existe une série d'états intermédiaires dans lesquels le résultat peut être relativement bon sans être aussi manifeste.

Ce qui précède s'applique aussi aux tics, aux crampes professionnelles, aux paralysies de nature névrosique, aux divers appareils viscéraux contre lesquels, toute restriction ou contre-indication faite, la rééducation agit de la manière la plus efficace.

En un mot, le résultat n'est pas dans le geste, dans l'exercice proprement dit; il est dans le *modus faciendi*, dans la manière dont le médecin dirigera la manœuvre et dans celle dont le malade l'exécutera, ce qui faisait dire, avec juste raison, à MM. Brissaud et Meige, que, « si le médecin peut beaucoup avec le malade, il ne peut rien sans lui ».

Observations. — Prenons deux cas types dans lesquels la rééducation a été appliquée avec un très grand succès.

I. « Il s'agit d'un tabes chez un homme de quarante-cinq ans (abolition de tous les réflexes incontinence d'urines; légères douleurs fulgurantes; sensation de coton à la plante des pieds; signe de Romberg; ataxie très marquée rendant la marche impossible ou en tout cas très difficile). Cette dernière ne s'effectue, en effet, que très péniblement avec l'appui d'une personne d'un côté et d'une canne de l'autre côté. Sens stéréognostic *légèrement* troublé. Néanmoins muscles en bon état (pas d'hypotonie).

Résultat au bout de six semaines. — Le malade peut faire 3 ou 4 kilomètres par jour, seul, à l'aide d'une simple canne dont il se sert de temps à autre seulement comme d'un appui moral. La marche est lente, mais se fait sans incoordination marquée. Le signe de Romberg lui-même n'existe qu'à un faible degré. Ce résultat se maintient depuis quatre ans. »

Dans ce cas vraiment remarquable, nous devons ajouter qu'il n'y a pas eu, depuis l'époque à laquelle nous avons entrepris le malade, une évolution tabétique et l'état général est resté bon.

C'est ici qu'il faut savoir faire une distinction. Sans doute, la rééducation a corrigé l'incoordination, récupéré la marche et permis à cet homme de vaquer à ses occupations, l'exercice quotidien et régulier pouvant en outre influencer l'organisme d'une manière heureuse, mais c'est sur la marche surtout, c'est-à-dire sur un symptôme qu'a porté le traitement.

La rééducation a donc été efficace en tant que thérapeutique symptomatique et comme, en l'espèce, l'impotence et l'incoordination étaient les signes les plus apparents, le traitement a été suivi d'une « cure effective ».

Il faut bien s'entendre sur ces mots; nous voulons dire par là que le malade a été guéri, ou largement amélioré de son impotence. L'arrêt du tabes ne saurait donc être le fait de la rééducation, cette dernière n'ayant point d'action élective sur la lésion médullaire.

Mais le malade, ancien Σ, a suivi un traitement hydrargyrique d'une façon régulière et fait plusieurs saisons consécutives à La Malou. Or, tout le monde sait que les eaux de cette station calment les douleurs fulgurantes, tonifient le système nerveux, régularisent les fonctions et contribuent, dans une large mesure, à l'arrêt du tabes. Il existe donc un ensemble de facteurs qui ont permis à la rééducation d'intervenir de la manière la plus heureuse.

II. — L'observation II intéresse un hémiplégique droit (agraphique, aphasique, sans Σ antérieure).

On trouvera aux figures 2 et 3 le résultat de la méthode représenté par le fac-similé de l'écriture. La rééducation a porté en même temps sur la parole et l'écriture qui ont été récupérées du reste, une et l'autre dans une bonne mesure (1).

Fig. 2.

Nous ne saurions, dans un cadre aussi restreint, multiplier les exemples pas plus que nous ne pouvons nous étendre davantage sur la symptomatologie de ces affections. Enregistrons seulement les résultats comme ils méritent de l'être, en faisant toujours les restrictions auxquelles nous tenons, à savoir que le succès est en rapport inverse avec l'étendue de la lésion et en rapport direct avec le traitement causal qui reste toujours à la base de toute thérapeutique rationnelle.

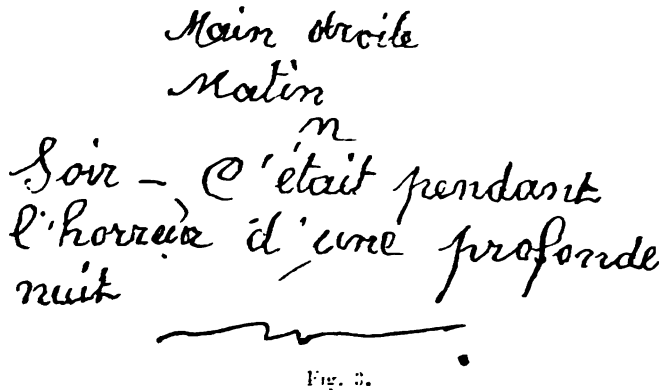


Fig. 3.

Conclusions. — 1° La rééducation est une méthode thérapeutique qui a pour but de développer ou de corriger, au moyen d'exercices appropriés, les fonctions motrices, organiques, sensorielles et psychiques, dont le mécanisme a été troublé par une altération congénitale ou une affection acquise.

2° La rééducation a pour effet non seulement de fortifier et d-équilibrer le systéme musculaire, mais encore d'exercer le système nerveux, d'apprendre au sujet à régulariser et à synthétiser l'apport des sensations multiples et par suite à discipliner et à coordonner l'action de ses nerfs moteurs.

3° La rééducation n'a pas nue valeur curative en elle-même, mais elle est un auxiliaire puissant et indispensable de tout traitement dans certaines affections du système nerveux ou des organes viscéraux.

(1) La figure 2 représente le résultat vingt jours après le début de la rééducation chez un malade qui était dans l'impossibilité absolue de former la moindre lettre, et la figure 3 représente le résultat trente jours après le début du traitement. On peut se rendre compte que l'amélioration est manifeste.

4° Les succès dus à cette méthode sont dans le *modus faciendi*, c'est-à-dire dans la manière dont le médecin applique et surveille le traitement, et dans la docilité intelligente autant que patiente avec laquelle le malade l'exécute.

DES INJECTIONS PROFONDES D'ALCOOL COCAÏNÉ OU STOVAÏNÉ

dans les névralgies faciales rebelles et dans d'autres névralgies,

Par F. Ostwalt (Paris).

Des circonstances spéciales m'ont amené à m'occuper, depuis plusieurs années déjà, du traitement de la névralgie faciale et à chercher si l'on ne pouvait pas, même dans les cas rebelles, éviter les opérations chirurgicales dont la gravité n'est pas assez compensée par la certitude du succès définitif — loin de là !

Dans certains cas, pas trop graves, surtout de névralgie sus-orbitaire, j'arrivais bien à débarrasser les malades de leurs souffrances par l'application locale d'air sec surchauffé, à l'aide d'un appareil *ad hoc* et que j'ai appelé : « thermaérophore » (voir *Annales d'Oculistique*, t. CXXXIII, p. 197); mais dans les cas graves, invétérés, ce mode de traitement échouait comme les autres.

Ce n'est que depuis 1904 que je suis en possession d'une méthode qui me donne des résultats parfaits ou à peu près parfaits dans plus de 90 p. 100 des cas. C'est, en somme, la méthode des injections profondes d'alcool, dont nous sommes redevables au Pr Schlösser (Congrès d'Ophtalmologie de Heidelberg, 1903), avec des perfectionnements importants que j'y ai introduits.

Voici comment je procède actuellement :

Admettons qu'il s'agisse du cas le plus fréquent de tic douloureux, savoir d'une névralgie des deuxième et troisième branches du trijumeau. Après désinfection de la bouche et insensibilisation de la muqueuse à l'endroit de la piqûre, je me munis d'une seringue remplie de 2 à 3 centimètres cubes d'alcool à 80 degrés, additionné de cocaïne ou de stovaïne (0 gr. 01 d'habitude) et sur laquelle est vissée une longue aiguille, deux fois coudée, à forme de baïonnette. J'introduis la pointe de cette aiguille tout au fond du fornix supérieur du vestibule de la bouche, immédiatement en arrière de l'alvéole de la dent de sagesse. Je traverse la muqueuse et le tissu sous-muqueux et pousse l'aiguille sous le muscle ptérygoïdien externe jusqu'au contact avec la face externe de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde. Je remonte ensuite, le long de cette apophyse, jusqu'à ce que mon aiguille heurte le plafond de la fosse zygomatique dans l'angle formé par l'apophyse ptérygoïde et la partie à peu près horizontale de la face externe de la grande aile du

sphénoïde. En me tenant toujours à l'os, je mène alors le bout de mon aiguille le long de cet angle jusqu'à ce que je sente la résistance osseuse faire place à la résistance élastique de tissu mou. Je suis au trou ovale ! Je n'ai plus qu'à propulser l'aiguille de 1 à 2 millimètres plus loin, pour être sûr de me trouver en pleine troisième branche du trijumeau J'injecte ensuite doucement, avec de nombreuses interruptions, 1 à 2 centimètres cubes d'alcool cocaïné ou stovaïné, en faisant le tour du trou ovale et en insistant davantage aux endroits par où passent les rameaux qui sont le principal siège des douleurs névralgiques. Il faut éviter la région postérieure du trou ovale, pour ne pas blesser l'artère méningée moyenne qui passe, comme on sait, par le trou petit rond. Nous n'avons, d'ailleurs, aucun intérêt à diriger notre jet d'alcool contre la partie tout à fait postérieure du trou ovale, puisque c'est le lieu du passage des fibres motrices du trijumeau.

L'injection au trou ovale est suivie assez rapidement d'une sensation d'engourdissement des différents rameaux du maxillaire inférieur, et lorsqu'une crise névralgique a eu lieu avant et pendant l'injection, cette crise cesse, en général, immédiatement.

L'injection au trou ovale une fois terminée, je retire mon aiguille d'environ 2 millimètres et la conduis ensuite le long de la partie horizontale de la face externe de la grande aile du sphénoïde, dans l'angle formé par cette aile et l'apophyse ptérygoïde, en me tenant toujours sur l'os, jusqu'à ce que je sente en avant, de nouveau, disparaître la résistance osseuse. Cela arrive aussitôt qu'on a franchi la crête qui sépare la fosse zygomatique de la fosse sphéno-maxillaire. Je pénètre alors dans cette dernière fosse et fais remonter mon aiguille de 6 à 9 millimètres, en me tenant toujours à la face antérieure de l'apophyse ptérygoïde. Je tombe ainsi directement sur le trou grand rond et puis sentir la séparation osseuse de ce trou d'avec la fente sphénoïdale.

Après m'être assuré que je suis bien à l'endroit voulu, j'injecte de nouveau doucement, avec des interruptions nombreuses, un centimètre cube à un centimètre cube et demi d'alcool sur le maxillaire supérieur *à son point d'émergence du trou grand rond même.*

Dans les cas, relativement très rares, où la première branche de la cinquième paire est en même temps atteinte, que les deuxième et troisième branches du même nerf, je n'ai qu'à pousser mon aiguille, une fois l'injection au trou grand rond finie, encore de 2 millimètres plus haut, en la faisant cheminer le long de la séparation osseuse sus-mentionnée entre le trou grand rond et la fente sphénoïdale. J'arrive ainsi en plein sur la branche ophtalmique. J'y injecte un centimètre cube d'alcool cocaïné.

Par une seule et unique piqûre à trois temps j'obtiens de cette façon-là un engourdissement, sorte de parésie ou plutôt d'hypoesthésie des trois branches du trijumeau, portant sur toute une moitié de la face, du sommet de la tête jusqu'au menton, comprenant la nariner le palais et la moitié de la langue.

C'est pour ainsi dire une *gassérectomie* anodine et, par-dessus le marché, temporaire. Ca l'hypoesthésie, suite de l'injection, ne dure souvent que quelques heures ou quelques jours. Souvent elle met plusieurs semaines, voire même deux à trois mois à disparaître. Elle indique que le nerf subit une dégénérescence à la suite de l'injection. Mais cette altération du nerf ne peut être que passagère. Car, au bout d'un certain temps, variable comme nous venons de le voir, le nerf revient *toujours* à sa fonction normale — seulement son état d'irritation pathologique, encore inconnu quant à sa vraie nature, *ne revient pas en même temps*, dans les cas favorables.

Il faut, en général, plus d'une piqûre, pour avoir raison de la névralgie. La première fois on n'atteint que très rarement tout de suite toutes les fibres malades. D'habitude, deux ou trois ou quatre séances sont nécessaires pour faire disparaître toute douleur.

Mais, en général, dès la première séance, le malade éprouve un soulagement très considérable.

On laisse passer entre deux piqûres faites au même endroit, cinq à sept jours en moyenne, c'est-à-dire le temps nécessaire pour que l'œdème local, consécutif à la piqûre, se dissipe à peu près.

Dans les cas où, dès le début ou après une première injection aux trous de la base, la névralgie est limitée à un seul rameau périphérique, je fais l'injection sur des points plus périphériques, mais encore suffisamment profonds des trois branches du trijumeau, en suivant, en cela, exactement la technique de Schlösser.

Le lieu d'injection se trouve alors profondément dans l'orbite, sous son plafond, pour les rameaux terminaux de la branche de Willis, au fond du canal ou de la gouttière sous-orbitaire pour ceux de la deuxième branche et derrière la branche montante de la mâchoire inférieure pour ceux de la troisième branche du trijumeau.

Il va de soi que la technique de ces piqûres, surtout celle des injections aux trous de la base, est assez délicate — c'est de la chirurgie millimétrique, si j'ose m'exprimer ainsi — c'est de la chirurgie telle que, nous autres oculistes (1), nous avons l'habitude de la pratiquer.

Il s'agit là de *bien pénétrer jusqu'au nerf*, de porter l'agent chimique au sein du nerf malade, mais de *ne pas aller plus loin* qu'il ne le faut, pour ne pas blesser les vaisseaux ni les organes nobles, situés à proximité.

Il faut connaître à fond son anatomie et être familiarisé avec les variétés de la configuration osseuse du squelette de la tête.

Ce n'est d'ailleurs que petit à petit et grâce à une assez longue pratique qu'on arrive à des résultats positifs *dans tous les cas* qui sont susceptibles d'être guéris par ces injections. Ce sont, comme nous l'avons dit plus haut environ les neuf dixièmes des cas. Dans le dixième qui reste, la cause de la névralgie doit siéger, de toute probabilité, à l'intérieur de la boîte crânienne.

Tout ce que je puis affirmer d'ores et déjà, c'est que le nombre des névralgies faciales soi-disant périphériques, dans le sens de Pitres et Verger (V. *Revue de Médecine*, 1904, p. 34 et suiv.), est bien plus grand que ce dernier auteur ne le pensait et que sa division, basée sur l'effet de ses injections de cocaïne *loco dolenti*, ne nous paraît guère admissible.

*
* *

J'ai traité, jusqu'à présent, par ces injections profondes, en tout, 45 cas de névralgie faciale grave.

Plus de la moitié de ces cas, soit exactement 24, ont été opérés par moi dans différents services hospitaliers de Paris (avant tout à la Salpêtrière et à Bicêtre) pendant le premier semestre 1905 que j'ai consacré à me rendre dans les hôpitaux pour démontrer la valeur du procédé aux chefs de service et à leurs chefs de clinique et internes. Tous ces confrères

(1) Le Pr Schlösser est oculiste, lui aussi.

ont pu constater avec moi l'heureux résultat de mon intervention dans presque tous les cas traités (V. Note présentée par M. le Pr Raymond à l'Académie de médecine, le 30 mai 1905, et G. Laporte, *Thèse de Paris*, 1905).

Dans la statistique détaillée que je me réserve de publier d'ici quelques années, lorsque je pourrai rendre compte du résultat définitif et du sort ultérieur de mes malades, je tiendrai à honneur de citer les noms des confrères qui ont bien voulu me confier une partie des malades non opérés dans les hôpitaux et qui ont pu les suivre avec moi.

Tous les malades soumis à mes piqûres appartenaient à la forme la plus grave de la névralgie faciale, à la « grande névralgie de Zimmern ». Le tic douloureux durait, la plupart du temps, depuis de nombreuses années déjà. Parmi les malades guéris, j'en compte pas mal qui, depuis 6, 7, 9, 10, 13, 16, voire même 20 et 30 ans, avaient mené une vraie vie de martyr.

Chez beaucoup de mes malades les souffrances avaient été telles qu'ils avaient dû complètement abandonner leur travail.

Plus d'un parmi eux pensait au suicide.

Un certain nombre d'entre eux s'étaient soumis auparavant à des opérations chirurgicales (opération de Jarre, neurectomies parfois multiples), sans parler de l'avulsion des dents de tout un côté de la bouche ou, au moins, de toute une moitié de mâchoire qui avait été pratiquée dans la majorité des cas.

Il va de soi que tous avaient essayé longtemps, sans succès durable, les diverses médications internes en usage dans le tic douloureux.

Souvent le traitement électrique, même d'après la méthode de Bergonié, avait été appliqué et continué pendant longtemps, parfois pendant des années entières, sans donner de résultat.

Point n'est besoin d'ajouter que je ne suis intervenu sur des malades syphilitiques qu'après l'échec d'un traitement spécifique énergique.

Au dire des malades, l'intervention n'est pas plus douloureuse qu'une crise de névralgie; souvent elle l'est beaucoup moins, surtout lorsqu'on injecte au préalable quelques gouttes de stovaïne.

Rien n'empêche, d'ailleurs, d'opérer les malades pusillanimes dans la narcose au chloroforme ou, mieux, au chlorure d'éthyle.

Les malades qui ont pu éprouver une première fois l'effet bienfaisant, pour ainsi dire foudroyant de ces injections profondes, pratiquées en pleine crise de névralgie, reviennent eux-mêmes en réclamer à la moindre velléité de rechute.

Pour parler des rechutes, il en survient, autant que mon expérience actuelle me permette de donner des chiffres, environ chez le tiers des malades opérés, et cela en général quatre à cinq mois après la première intervention.

Ces récidives sont, d'habitude, bien moins graves que le tic douloureux primitif et cèdent rapidement à une ou deux nouvelles piqûres.

Etant donné que notre traitement ne force pas les malades à s'aliter ni à abandonner leurs occupations habituelles, la perspective d'une récidive possible n'a plus à les effrayer outre mesure. Car ils comprennent tous qu'un traitement qui a réussi à les débarrasser une première fois de leurs souffrances si tenaces, triomphera aisément et sans difficulté d'une rechute récente.

C'est justement un des grands avantages de ces piqûres qu'on peut les répéter *sans danger* un nombre illimité de fois. Car sur les centaines d'injections profondes que j'ai déjà pratiquées, *jamais je n'ai eu à enregistrer d'accident opératoire d'une importance quelconque.*

Bien que le temps écoulé depuis que j'ai commencé à traiter le tic douloureux par les injections profondes ne soit pas encore assez long pour me prononcer d'une façon décisive à cet égard, il me semble cependant que dans bien des cas, même des plus graves, une seule cure d'injections profondes suffit pour avoir raison du mal, une fois pour toutes.

Je dispose déjà d'un petit nombre d'observations où des malades qui avaient eu leur tic douloureux depuis 4, 12, 13 ans ou plus et dont l'état général avait énormément souffert par les douleurs atroces, les difficultés de l'alimentation et le trouble du sommeil, sont déjà guéris depuis un an, à la suite d'une seule série de deux, trois ou quatre piqûres et ont repris leur bonne mine et leur santé. (Chez quelques-uns de mes malades le poids du corps a augmenté en peu de temps de 5, 8, même 15 kilogrammes.)

Quoi qu'il en soit, l'innocuité du procédé entre des mains expertes nous autorise à le conseiller, le plus chaudement possible, dans tous les cas où un traitement médical préalable n'aura pas rapidement raison d'une névralgie sérieuse. Nous irons même plus loin. Nous ne craignons pas de soutenir qu'on devrait plutôt recourir aux injections profondes d'alcool que d'intoxiquer les patients avec des doses tant soit peu élevées d'opium, de morphine, d'aconitine, etc.

***

Ainsi que Schlösser l'a déjà fait remarquer, le mode d'action de ces injections d'alcool est bien mis en évidence lorsqu'on les dirige non pas sur des nerfs sensibles, comme le trijumeau, mais sur des nerfs moteurs pathologiquement irrités, comme par exemple le nerf facial en cas de *tic spasmodique de la face.*

A l'instar de Schlösser, nous avons obtenu de très beaux succès, en injectant de l'alcool stovaïné à 70 degrés sur le tronc du nerf facial à son point d'émergence du trou stylo-mastoïdien, et cela chez des malades qui étaient affligés de leur tic convulsif depuis des années déjà. La force des contractions spasmodiques avait été telle chez ces malades que la vue avait été considérablement troublée par les mouvements incessants de l'orbiculaire, d'une part, et par la pression exercée par ce muscle sur la cornée dont la courbure s'en trouvait modifiée, d'autre part. Nous ne parlons même pas de la gêne fort grande occasionnée à ces malades par leur infirmité grimaçante dans leurs rapports avec le monde et qui n'avait pas peu contribué à faire réclamer notre intervention.

Grâce à une technique rigoureuse, on arrive, dans ces cas, à faire disparaître l'irritation pathologique sans provoquer la moindre parésie du facial.

On s'imagine difficilement combien ces malades, qui ont tous déjà essayé sans succès les médications les plus diverses, vous sont reconnaissants quand on a réussi à les délivrer de leur tic spasmodique au bout de 1, 2 ou 3 séances.

***

De même que l'alcool porté au sein du nerf moteur le modifie de telle façon que l'état d'excitation motrice perpétuelle cesse d'exister sans que la conductibilité du nerf soit

abolie, de même, dans les nerfs sensibles, l'état d'excitation pathologique, c'est-à-dire la névralgie, disparaît à la suite de ces injections sans que la conductibilité physiologique soit détruite, si ce n'est que d'une façon passagère.

Nous parlons ici de la « névralgie » tout à fait en général. Car il est de toute évidence que l'efficacité des injections d'alcool ne se borne pas à la seule névralgie faciale.

Déjà, lors de sa première communication, le Pr Schlösser parle des bons résultats que ces injections, dirigées sur le tronc ou les rameaux du nerf sciatique, à des points plus ou moins périphériques, lui ont donnés dans des cas de sciatique invétérée, rebelle à tout autre traitement.

Je ne puis que confirmer ce que Schlösser a dit à ce sujet.

J'ai déjà eu pas mal de sciatiques à soigner et, dans le nombre, des cas excessivement chroniques. L'injection d'alcool cocaïné ou stovaïné sur le tronc du sciatique poplité externe (sous la tête du péroné) ou sur le saphène externe (au mollet) ou sur le tronc du sciatique même (dans la profondeur de la cuisse, au pli fessier, ou dans la grande échancrure sciatique) a eu la plupart du temps rapidement raison de la névralgie; la douleur fut, dans ces cas, remplacée, séance tenante, par un engourdissement passager, plus ou moins durable, engourdissement non douloureux.

Soit dit en passant que la sciatique d'origine variqueuse, donc d'ordre mécanique, semble, comme il fallait s'y attendre, échapper à l'action de ces injections.

Avant de poser le diagnostic de « sciatique », il faut, bien entendu, s'assurer consciencieusement si l'on ne se trouve pas en présence d'une affection médullaire.

En dehors de la sciatique, j'ai eu à traiter des névralgies du crural, de l'obturateur, du fémoro-cutané, du cubital, du plexus cervical, etc. et j'ai été agréablement surpris de la rapidité avec laquelle on peut rendre à leur travail, souvent dans l'espace de quelques jours, bien des malades condamnés depuis bien longtemps à un chômage forcé par la névralgie d'un nerf de l'un de leurs membres.

Ces injections profondes d'alcool stovaïné ou cocaïné représentent donc une ressource thérapeutique de tout premier ordre, dans des névralgies de nerfs autres que le trijumeau également.

C'est cette conviction qui nous a poussé à les faire connaître au grand public médical.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 janvier 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

M. Bardet, à propos de l'*iodomaïsine*, demande à M. Chevalier si, au point de vue thérapeutique, il faut ranger les combinaisons albuminoïdes d'iode dans le groupe de l'iodothyrine, ou continuer, comme ci-devant, à les employer dans les mêmes circonstances que les iodures.

M. Chevalier répond que la communication de M. le Pr Pouchet à l'Académie de médecine se rapportait à des recherches de physiologie pure. Au point de vue thérapeutique, les combinaisons iodées peuvent être classées en quatre groupes : 1° Iode, iodures, solutions iodo-iodurées ; 2° combinaisons organiques de l'iode (iodotanin p. ex.), présentant les mêmes effets que les corps du 1er groupe, mais d'une façon moins brutale, plus douce et plus prolongée ; 3° iode dissimulé (iodure d'amidon p. ex.) ; 4° substances iodées biologiques particulières (iodothyrine). Le groupe n° 3 se rapproche du groupe n° 4, au début, mais au cours de l'expérience, on observe une action analogue à celle exercée par le groupe n° 1. Les huiles iodées appartiennent au 1er groupe.

Le praticien doit juger de l'opportunité de l'emploi des albumines iodées. Pour l'iodomaïsine, il serait intéressant, le produit étant stable, de savoir si elle présente, pendant tout le cours de son action thérapeutique, des effets analogues à ceux de l'iodothyrine. Il serait désirable qu'il en fût ainsi, car toutes les préparations à base de glande thyroïde sont extrêmement instables.

M. Patein présente une pommade au précipité jaune, due à M. Dufaux, qui n'irrite pas les yeux comme les pommades à base de vaseline. A l'époque où on se servait d'axonge, la pommade au précipité jaune ne provoquait aucune irritation. M. Dufaux a reconnu qu'en présence des larmes, la pommade à base de vaseline se décompose et fournit de la soude caustique très irritante : aussi vaut-il mieux s'en tenir à la formule de M. Dufaux : oxyde jaune de mercure, 1 ; vaseline ,9 ; lanoline, 10. Il est préférable de choisir l'oxyde orangé, qui est absolument pur et très maniable.

M. Vigier présente un sel nouveau, le *formiate de cocaïne*.

M. Chevalier a examiné ce sel au point de vue physiologique : sa toxicité est aussi élevée que celle du chlorhydrate, et son action vasomotrice est nulle : il ne produit aucune vasodilatation.

Du reste, l'acide formique ne présente aucune action de ce genre ; trop souvent, cette action est admise sans raison.

Le formiate de cocaïne rendra des services en injections sous-cutanées, car ses solutions sont neutres, tandis que celles de chlorhydrate deviennent acides.

M. Robert Simon présente un travail sur l'*action des injections d'eau de mer isotonique* dans la constipation, la migraine et les troubles menstruels.

La constipation disparaît souvent après six à huit injections de 200 cc. faites tous les deux ou trois jours. La dysménorrhée donne les mêmes résultats. L'action sur la leucorrhée est variable.

[illegible] de bons résultats : chez les neurasthéniques, on obtient le [illegible] et des forces, une augmentation de l'activité physique et céré-

[illegible] que des affections aussi tenaces que celles énumérées par l'orateur [illegible] à l'action de l'eau de mer. Les injections de sérum physiologique don- [illegible] des résultats analogues. Les expériences faites par M. Le Gendre ne lui ont [illegible] reconnaître une action spéciale de ce traitement.

[illegible] préconise, dans le *traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse*, l'aristol, qu'il [illegible] à l'iodoforme autrefois employé par Parrot; ce dernier topique répand une odeur trop [illegible]. Tous deux exercent sur la stomatite une action énergique : la guérison est obtenue [illegible] deux ou trois jours.

[illegible] poudres insolubles restent longtemps en contact avec les plaies.

M. Le Gendre se sert de préférence d'eau oxygénée diluée à moitié ou au tiers.

M. Barbier emploie surtout la teinture d'iode, qui ne lui a jamais donné d'insuccès.

M. Dubois rappelle que l'eau oxygénée constitue un topique très énergique en cas de stomatite mercurielle.

M. Danlos préfère une solution d'acide chromique chez l'adulte, à condition que le malade se rince la bouche de suite après l'application.

Pour lui, l'iodoforme est beaucoup plus désinfectant que l'aristol : dans la carie dentaire, on se sert de préférence du premier, qui enraie la putréfaction et reste inaltéré pendant des mois.

M. Le Gendre fait une communication sur le *traitement de la cryesthésie des artérioscléreux et des brightiques*. On rencontre des malades de ce genre qui recherchent incessamment la chaleur. Par hasard, en cherchant chez ces malades à abaisser leur pression sanguine exagérée au moyen de l'électricité à haute fréquence, l'orateur a reconnu que cette sensation de froid disparaissait au cours du traitement; une sensation agréable de chaleur suivait la séance et persistait pendant un certain temps.

M. Danlos suppose que cet effet a du rapport avec l'action analgésique qu'exerce la haute fréquence dans le cancer de la langue.

M. Barbier demande si la haute fréquence a fait disparaître le spasme vasculaire.

M. Le Gendre a constaté que ces malades, pâles au début du traitement, avaient retrouvé leurs couleurs : la pression baissa par vasodilatation périphérique.

M. Bardet fut autrefois très frappé du fait que l'aigrette électrique, appliquée sur les pieds de sujets isolés sur le tabouret statique, faisait disparaître la sensation de froid aux pieds dont se plaignent souvent les artérioscléreux.

M. Dignat croit qu'il faut distinguer entre l'effluvation et l'autoconduction dans le traitement par la haute fréquence. L'orateur a fait autrefois avec Apostoli des recherches sur l'action que cette modalité électrique exerce sur la pression sanguine : il n'a obtenu que des résultats irréguliers, qu'on ne saurait comparer à ceux, si constants, que donne l'électricité statique. On peut, en général, dire que l'autoconduction provoque une augmentation de pression. Peut-être l'effluvation donne-t-elle au contraire un abaissement de pression?

M. Le Gendre ne peut dire quel a été le traitement employé; il s'est décidé à en essayer en lisant un travail qui démontrait que la haute fréquence abaisse la pression artérielle.

M. Burlureaux fait remarquer que d'autres agents physiques peuvent modifier la pression sanguine : chez des neurasthéniques souffrant de froid aux pieds, l'emploi de l'appareil de Zander qui soumet le pied à une rotation lente produit en quelques minutes une sensation de chaleur agréable et en trois semaines de séances quotidiennes la guérison du froid aux pieds.

Pour Lagrange, on se trouvait dans ces cas en présence d'une véritable rééducation du cœur, car l'abaissement de la pression sanguine a toujours été constaté.

M. Dubois a étudié les effets de la haute fréquence et a reconnu qu'elle faisait des hypertendus des hypotendus et *vice versa*. Les résultats ont été toujours très nets et démontrent un retour vers la normale.

II

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Tarsectomie bilatérale pour pieds bots invétérés (*Soc. de chir.*, 10 janvier 1906). — Rapport de M. Broca sur une observation de M. JEANBRAU (de Montpellier). Dans un but de comparaison, après une *tarsectomie bilatérale*, l'un des pieds fut immobilisé pendant plusieurs semaines, tandis qu'on employa, pour l'autre pied, la mobilisation et le massage précoces. Les résultats, bons des deux côtés, furent cependant meilleurs pour le pied qui avait subi l'immobilisation plâtrée.

A. BENOÎT.

Traitement chirurgical de la lithiase des voies biliaires. (*Soc. de chir.*, 13 et 20 décembre 1905). — Ce nouveau sujet paraît devoir retenir de nouveau l'attention des orateurs. MM. Tuffier, Routier et Terrier ont pris la parole. Ils citent nombre de cas, d'où il résulte que la guérison est très souvent subordonnée à une exploration complète des voies biliaires et à un très large drainage. Il ne suffit pas en effet d'enlever les calculs vésiculaires, hépatiques ou cystiques. La mort par péritonite est survenue, dans deux cas, où l'on avait laissé persister un calcul dans le cholédoque, ou au niveau de l'ampoule de Vater. Quant à la cholédoco-entérostomie, d'après M. Hartmann, elle ne répond qu'à des indications exceptionnelles, et convient aux cas où la vésicule biliaire étant atrophiée, le canal cholédoque oblitéré irrémédiablement, on n'aura pas pu exécuter l'opération de choix, qui demeure pour M. Tuffier la cholécystentérostomie. Il ne faut pas oublier, en outre, dit M. Terrier, que, dans la majorité des cas, les lésions des voies biliaires sont accompagnées de lésions pancréatiques.

A. BENOÎT.

L'entérorectostomie contre l'occlusion intestinale aiguë d'origine cancéreuse (*Soc. de chir.*, 13 décembre 1905). — M. Demoulin ajoute un nouveau cas de M. Jayle, qui put exécuter l'entérorectostomie pour parer à l'obstruction intestinale, chez une femme qui avait un cancer sténosant de l'S iliaque. Cette opération semble devoir être définitivement préférée à l'anus artificiel, qui est d'ailleurs souvent refusé par les malades.

A. BENOÎT.

La curabilité de la hernie à tous les âges par l'opération, par EDWARD DEANESLY (*Br. Med. J.*, 17 juin 1905). — L'opinion populaire veut que les hernies soient toujours le résultat d'un effort. L'auteur est persuadé que la hernie a toujours pour cause réelle la préexistence d'un sac péritonéal d'origine congénitale, et, il faut en convenir, cette preuve est plus facile à faire que celle de l'effraction traumatique des parois abdominales, puisqu'on trouve toujours un sac et jamais de trace de rupture. Il n'a pas l'intention d'ajouter un procédé nouveau à tous ceux qui existent et qui sont légion. Mais, tout en reconnaissant que celui de *Bassini*, devenu classique, répond bien aux indications opératoires capitales, il préfère, en raison des accidents que le manque d'aseptie peut amener avec cette dernière méthode, employer le *procédé de Kocher*, qui est, de tous, le plus simple, le plus rapide et le plus facile à réaliser. Ce procédé est décrit et figuré dans la dernière édition de la *Chirurgie opératoire* de ce maître. Il consiste essentiellement en un *déplacement avec fixation* du collet du sac sans invagination qui est applicable aux hernies même les plus volumineuses. Nous renvoyons donc, pour la description et les figures, au traité ci-dessus mentionné. Le chirurgien anglais déclare l'avoir appliqué à 300 hernieux de tout âge, de la manière la plus satisfaisante.

A. BENOÎT.

Traitement de la torsion du cordon, par J. BOGDANIK (*Wiener Med. Presse*, 10-17 décembre 1905). — L'auteur a pu remédier à 50 cas de torsion du cordon dont la plupart ont été diagnostiqués seulement à l'opération. Souvent, on a cru à un étranglement herniaire et on a reconnu l'erreur en ouvrant la tunique vaginale. La torsion du cordon peut se rencontrer à peu près à tout âge, mais surtout pendant la période du développement; elle survient presque aussi fréquemment à droite qu'à gauche. Dans un certain nombre de cas, il existe une période de prodromes. Subitement après une cause occasionnelle quelconque, le malade ressent une douleur violente dans le canal inguinal, irradiant jusqu'au testicule. En même temps se produisent des malaises, des vomissements, et on trouve dans la région inguinale une tumeur douloureuse. Mais on ne trouve pas de symptômes d'occlusion et l'état général reste bon.

Dans la plupart des cas, il a fallu recourir à une opération. Il est exceptionnel que la détorsion sous-cutanée réussisse.

Dans 35 cas, on a enlevé le testicule à l'opération. La nécrose ou l'atrophie du testicule se produit dès que la torsion du cordon sur son axe longitudinal a duré plus de 22 heures.

Au point de vue thérapeutique, la torsion du cordon demande une intervention chirurgicale immédiate. L'emploi des antiphlogistiques est nuisible et aggrave la situation. Si le testicule se trouve dans les bourses et qu'il s'est à peine écoulé quelques heures depuis le début de l'accès, on peut essayer la détorsion sous-cutanée de dedans en dehors, pour le testicule droit à droite, pour le gauche vers la gauche Lorsque la détorsion sous-cutanée reste sans effet, il faut opérer aussitôt.

L'incision est faite comme pour une hernie inguinale étranglée, après avoir ouvert la tunique vaginale, il s'écoule un liquide séro-sanguinolent, et l'on trouve une tumeur qui ressemble à une anse d'intestin gangrenée, mais qu'à un examen plus exact, on reconnaît être le testicule. Le cordon peut être détordu dans les vingt-quatre premières heures après le début de l'accès. Après vingt-quatre heures, la plupart des auteurs recommandent la castration. Si cependant il n'y a pas de nécrose prononcée du testicule et si celui-ci prend après la détorsion une coloration plus claire, on peut le laisser en place, bien que l'organe s'atrophie dans la suite. Si l'on trouve un méso, on le résèque. La cavité vaginale est fermée vers la cavité abdominale. L. JUMON.

Masque ecchymotique dans les compressions du tronc (*Soc. de chir.*, 27 décembre 1905). — MM. Lejars et Morestin ont signalé ce fait assez curieux que les compressions violentes du thorax et de l'abdomen, quelles que soient d'ailleurs les lésions qu'elles aient causées, font parfois apparaître de larges ecchymoses sur la face et le cou.

A. BENOÎT.

Trépanation pour lésion cérébrale parasitaire (*Soc. de chir.*, 13 décembre 1905). — M. Broca a rapporté l'observation, due à M. Vaquet (de Lorient), d'un boucher qui présenta une épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale, pour laquelle la trépanation fut jugée nécessaire. Elle permit de constater la présence d'une petite tumeur cérébrale déterminée par un cysticerque. L'opération fut suivie de la guérison complète.

A. BENOÎT.

Traitement des gangrènes aseptiques de cause indirecte, par CHEVÉ (de Tours) (*Ann. méd. Chir. du Centre*, 7 janvier 1906). — Les gangrènes primitivement aseptiques de cause indirecte se produisent par lésions vasculaires, par lésions nerveuses, par altération du sang. Comme elles peuvent facilement s'infecter, il en résulte que cette division ne subsiste guère. Les gangrènes dues aux lésions vasculaires se traduisent tantôt lentement à la suite de l'artério-sclérose, tantôt brusquement par embolie. Le traitement varie un peu suivant les cas. S'il s'est produit une embolie, il faudra réchauffer le membre atteint, pratiquer l'enveloppement ouaté, l'élévation du membre. La circulation locale peut se rétablir. Mais si la circulation collatérale est insuffisante, le sphacèle s'établit, la gangrène revêt la forme sèche, plus souvent la forme humide. On entourera alors le membre avec un pansement bien stérile, des compresses passées à l'autoclave ou qu'on aura fait soigneusement bouillir, de l'ouate stérilisée ou bouillie. Le pansement sera très épais pour accumuler la chaleur et surtout pour empêcher l'introduction des germes septiques sous le pansement. Si malgré cela l'infection survient, si la ligne de démarcation est bien indiquée, si l'état général est mauvais, il faudra sans hésiter pratiquer l'amputation du membre malade, en plein tissu sain et le plus haut possible. Il ne faut pas oublier qu'il existe dans la littérature médicale des cas où il a fallu successivement amputer le pied, la jambe, la cuisse, mais trop tard, alors que l'amputation primitive de la cuisse eût sans doute guéri. « L'intervention doit être aussi hardie que la décision en aura été prudente et réservée. »

Dans la gangrène par artério-sclérose et la

gangrène nerveuse, le traitement peut se résumer en quelques mots : faire promptement le minimum possible. On se bornera à favoriser la circulation ralentie et à éviter la pénétration des germes extérieurs. On prescrira des bains à 50°, l'enveloppement ouaté et l'élévation du membre. L'asepsie sera rigoureuse dans les pansements qui seront très simples : eau bouillie, gaze et ouate stérilisée. En aucun cas on incisera, on ne fera d'amputation, de désarticulation. Dans les cas de momification totale, on met le doigt à l'abri dans un large doigtier bien ouaté ; pour les orteils, on fait porter des chaussures en drap douces et souples et de bons bas de laine tricotés. Si la partie atteinte tend à se détacher on la laisse tomber seule, et on la maintient jusqu'à réparation complète sous un pansement aseptique.

Dans les cas où la lésion est infectée, on débridera prudemment les anfractuosités, s'il y en a, on nettoiera la plaie aussi bien que possible et avec douceur, et on fera des pansements quotidiens antiseptiques. L'auteur préconise ici d'abord l'eau oxygénée à six volumes, puis plus tard on alternera avec une solution de nitrate d'argent au 1/1000 ou le sérum artificiel. Le pansement ouaté doit être copieux pour maintenir la chaleur du membre, et si le membre est violacé on fera prendre chaque jour un bain de quinze minutes à 50°. Enfin on recherchera les causes générales, diabète, albuminurie, afin d'instituer un traitement en conséquence. Dans un cas où la lésion s'infecta à la suite de l'amputation du gros orteil sphacélé, l'eau oxygénée eut une action quasi spécifique contre l'écoulement fétide.

L. JUMON.

Traitement des suppurations aiguës par l'hypérémie veineuse, par ARNSPERGER (*Munch. med. Woch.*, 19 décembre 1905). — L'auteur a soigné 28 cas d'inflammations aiguës par la méthode de Bier. Il fait ressortir les avantages de ce traitement, surtout la cessation des douleurs et la possibilité d'instituer rapidement le traitement fonctionnel des tendons et des articulations malades. Il recommande d'associer ce traitement avec les bains prolongés. Il n'a pas complètement renoncé au drainage et au tamponnement. Les cas qui lui ont paru les plus favorables sont les furoncles au début, les panaris et les inflammations des gaines tendineuses, la lymphangite, la mastite puerpérale. Ont été moins favorablement influencés les phlegmons, les synovites tendineuses avancées et l'ostéomyélite. Cinq cas ont paru être aggravés : dans 3 cas il y avait des foyers purulents énormes, un cas est mort de diabète, un autre de septicémie.

Pour éviter les eczémas, l'érysipèle dans le traitement, l'auteur recommande le nettoyage minutieux des bandes et l'emploi exclusif des bandes élastiques molles de caoutchouc recommandées par Bier.

Pour savoir si l'hypérémie veineuse est indiquée dans un cas, l'auteur recommande de considérer surtout la cessation des douleurs. Si avec une application correcte de la bande, les douleurs ne cèdent pas au bout de deux heures, le traitement ne convient pas pour ce cas. En suivant ce précepte l'objection qu'on a faite à ce traitement de retarder l'intervention opératoire nécessaire tombe d'elle-même.

L. JUMON.

L'hypérémie en thérapeutique, par CLÉMENT (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 20 décembre 1905). — L'auteur publie un travail étendu sur la méthode de Bier, dans lequel nous relevons plusieurs détails intéressants.

Action sédative. Cette action qui semble paradoxale, car on est habitué à voir les inflammations s'accompagner d'afflux sanguin, est cependant évidente : il est facile de s'en assurer en appliquant, par exemple, des ventouses de Bier sur un sein atteint de mastite ou sur un foyer inflammatoire. Les deux formes d'hypérémie, l'active (frictions, massage, électricité, etc.) et la passive (obstacle au retour du sang veineux), calment les douleurs, la seconde exerçant surtout une action sédative dans les affections douloureuses d'origine infectieuse (arthrites blennorrhagiques, rhumatismales, tuberculeuses), la première influençant surtout les névralgies.

Action bactéricide. Les dernières recherches de Joseph démontrent que l'œdème aigu consécutif à l'hypérémie par stase, exerce une action bactéricide énergique : l'hypérémie active ne donne pas de résultats. L'inverse se remarque lorsqu'il s'agit de provoquer la résorption d'exsudats : s'il s'agit de proliférations articulaires, de nodosités tendineuses, les deux hypérémies seront indiquées.

Traitement des tuberculoses articulaires. Le membre traité par l'hypérémie par stase ne doit jamais donner l'impression d'une peau à température inférieure à celle du membre sain, et la stase ne doit jamais être douloureuse.

Traitement des amygdalites. L'auteur applique de petites ventouses sur les amygdales et purge sans violence les cryptes tonsillaires des concrétions et amas caséeux qui les obstruent dans certains cas.

Traitement des arthrites blennorrhagiques. En

appliquant la bande de Bier, on fait disparaître dès les premières séances les douleurs : au bout de huit jours, les douleurs ont disparu même dans l'intervalle des séances et au bout de quinze jours on peut faire commencer les mouvements actifs.

Technique. On fera varier à chaque séance le point d'application : il est bon d'interposer une couche d'ouate entre la peau et la bande et d'étaler un peu les tours de celle-ci. La ligature doit provoquer dans le membre un œdème aigu : la coloration de la peau sera rouge, à peine bleuâtre, le pouls doit rester nettement perceptible.

La durée d'application varie. Dans les cas aigus, la séance sera longue (22 heures sur 24); dans les cas chroniques, elle ne dépassera pas une heure sur 24. S'il existe un pansement, on le desserrera pour ne pas entraver la production de l'œdème, et dans les intervalles de repos le membre sera élevé pour faciliter la résorption de cet œdème. A ce moment, la rentrée brusque du liquide chargé ou non de toxines diluées peut provoquer une élévation de température, dont il n'y a pas lieu de s'effrayer.

S'il existe de la suppuration, on se contente d'une incision punctiforme exactement suffisante pour l'évacuation du pus : on s'abstiendra de toute incision large, de tout tamponnement. D'après ces principes, les anthrax, les furoncles seront traités par l'hypérémie produite par les ventouses, qu'on applique pendant cinq minutes : on les retire ensuite pendant trois minutes et on continue ainsi pendant trois quarts d'heure tous les jours.

Les engelures guériraient très rapidement par ce procédé chez les sujets sanguins, d'après Ritter.

E. VOGT.

Traitement du shock, par EDWARD MARTIN (*Therapeutic Gazette*, 15 décembre 1905). — Le traitement du shock proprement dit et des états post-opératoires caractérisés par ce syndrome doit être d'abord préventif. Deux indications se présentent ici : améliorer l'énergie vitale et assurer le fonctionnement des organes éliminatoires. C'est dans la préparation préliminaire du patient que la strychnine comme simple tonique trouvera sa principale application. Pendant cette période on nettoiera l'intestin, surtout chez les malades qui doivent subir une opération abdominale. L'eau doit être prise abondamment à l'intérieur, sans aller toutefois jusqu'à troubler les fonctions digestives.

L'auteur croit que l'anesthésie a une grande influence sur les symptômes post-opératoires et en conséquence il faut un aide expérimente pour administrer l'éther ou le chloroforme. L'administration de la morphine et de l'atropine en injection sous-cutanée quinze minutes avant de commencer l'anesthésie est parfois désirable chez les sujets nerveux ou adonnés à l'alcool, mais en général on doit s'en abstenir.

Immédiatement avant l'anesthésie on peut faire une pulvérisation dans le nez et la gorge avec une solution saline normale contenant : 1 p. 10.000 d'adrénaline et 1 p. 100 de cocaïne dans le but de supprimer l'irritation laryngée et l'accumulation de mucus dans la gorge.

Le soin apporté à arrêter rapidement toute hémorragie et à éviter toute manipulation brutale des tissus, contribue au maintien des bonnes conditions dans lesquelles le patient quitte la table d'opération. Dans les opérations intra-péritonéales, le nettoyage brutal et l'exposition trop longue des viscères contribuent à la production du shock post-opératoire. On évite cet inconvénient en plaçant dès le début de l'opération des éponges isolant le champ opératoire du reste de l'abdomen.

Si au cours de l'opération on s'aperçoit que la portion sanguine baisse sans hémorragie, il faut entourer les extrémités et la partie inférieure de l'abdomen, de coton et appliquer une bande élastique. Si le pouls se maintient à 144 ou au-dessous, le danger est sérieux, il faut alors élever les membres inférieurs. On peut recourir, en l'absence d'hémorragie, aux injections ou aux lavements d'eau saline pour stimuler la fonction rénale toujours un peu atteinte après l'anesthésie. Les injections rectales peuvent être répétées toutes les deux ou trois heures.

Quant aux médicaments, la strychnine, très populaire pendant un temps, est rapidement tombée dans l'abus. On peut en dire autant de l'atropine, de la digitale, de l'huile camphrée. Mais l'auteur ne croit pas beaucoup en leur efficacité, ces agents apportant un élément d'intoxication. Il formule aussi certaines critiques contre l'hypodermoclyse qui rend peu de service dans le traitement du shock pur et qui est indiquée seulement comme moyen de favoriser les éliminations. Le seul médicament qui semble avoir un effet réel dans les cas désespérés est le chlorure d'adrénaline qui doit être administré en injections intra-veineuses et en dilution extrême, à 1 p. 20.000 dans une solution saline normale.

La respiration artificielle a semblé rendre un service temporaire mais n'est pas un moyen héroïque. Les inhalations d'oxygène sont inutiles. Les injections salines intra-veineuses ont une importance vitale dans les cas d'hémorra-

gie. Enfin si la dépression nerveuse est due à une toxémie, ce qui est le cas dans le shock tardif, il faut administrer une purgation et stimuler la sécrétion rénale.

L. JUMON.

Remarques pratiques sur la phase de narcose dans l'anesthésie par le chloroforme, par A. M'ALLUM (*The scottish med. and surg. J.*, oct. 1905). — L'état clinique qui survient fréquemment pendant l'administration du chloroforme et qui est généralement connu sous le nom de narcose ou de sommeil chloroformique, a une grande importance pour celui qui administre le chloroforme. Cependant il est peu question de cet état et on se contente de prévenir l'anesthésiste de s'assurer que le patient ne doit pas simplement dormir. Faute de reconnaitre cet état, le patient se réveille au moment de l'incision. Les pupilles fixes étroites, l'absence du réflexe cornéen et d'autres signes tenus comme indiquant la phase de l'anesthésie chirurgicale appartiennent aussi à la narcose ou à l'anesthésie insuffisante. Cet état s'observe plus souvent chez les sujets nerveux, chez les jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans. Il survient au début de la période d'anesthésie, moins souvent au cours de l'opération, rarement après qu'on a arrêté l'administration du chloroforme. Dans certains cas l'état de narcose survient par suite de la suspension plus ou moins complète de l'influence réflexe sur le centre respiratoire, mais les pupilles sont habituellement un peu dilatées. Ce type de narcose ne simule pas l'anesthésie chirurgicale, mais les effets d'une dose légèrement exagérée de chloroforme. On arrête alors son administration avec le résultat désagréable que le patient vomit et se raidit. Dans les formes légères, la respiration peut avoir le type de Cheyne-Stokes, souvent la respiration est lente, irrégulière, de légères excitations amènent des respirations régulières et profondes de la véritable anesthésie. Les pupilles peuvent être contractées ou dilatées, elles se dilatent dans la narcose qui survient au cours de l'opération. L'absence de réflexes pupillaires et cornéens est un signe invariable de la narcose, et il est intéressant de savoir que même dans ce cas une friction faite sur la figure est suivie d'une réponse. La cyanose absente dans les formes légères existe toujours dans les formes marquées. Elle est due à la rareté et à superficialité des mouvements respiratoires. Des respirations plus profondes font disparaitre la cyanose. Dans les cas où la narcose est profonde et la cyanose prononcée le pouls faiblit, mais recouvre sa force dès qu'on arrête l'anesthésie. Chez les enfants l'état de narcose se traduit assez souvent par les yeux fixes et ouverts. Souvent il y a hypersécrétion salivaire. La narcose simule d'une part l'anesthésie chirurgicale, de l'autre les effets de trop fortes doses de chloroforme. On se méfiera de la rapidité avec laquelle le patient tombe dans le sommeil, une brusque friction sur la joue indiquera généralement le véritable état du patient. Si dans ce type les pupilles sont dilatées et fixes, avec un certain degré de cyanose, le caractère du pouls indiquera que ces signes ne tiennent pas à une dose excessive de chloroforme. De même dans le cours de l'anesthésie, c'est l'état du pouls qui sera le meilleur guide pour la conduite à suivre.

Dans les petites opérations on peut se contenter de l'état de sommeil chloroformique. Il n'en est pas de même lorsque l'incision doit porter sur une région très sensible, il faut alors que l'anesthésie soit suffisante, autrement l'incision produirait des effets d'inhibition cardiaque. La stimulation vive de la joue, l'application d'une pince à langue activeront la respiration qui deviendra plus profonde. Dans le cours de l'anesthésie, on donnera le chloroforme avec beaucoup de ménagement en surveillant le moindre signe de retour à la conscience. L'auteur rappelle que le signe le plus précoce peut être précisément une plus forte dilatation de la pupille déjà dilatée. En résumé dans l'état de narcose accompagnée de phénomènes inquiétants : respirations lentes, cyanose, dilatation de la pupille, l'état du pouls, régulier et suffisamment fort indiquera s'il y a lieu de continuer l'administration du chloroforme.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Influence des amers sur la digestion dans diverses affections stomacales, par LIEFSCHUTZ (*Allgem. med. Centr. Zeit.*, 6-13 janvier 1906). — L'auteur a résumé les recherches faites par divers auteurs sur ce sujet et a employé pour ses observations personnelles le condurango, le colombo, la gentiane, l'absinthe et l'orexine. Il semble absolument inutile d'augmenter le nombre des médicaments de cet ordre, car presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ne font pas de différence dans l'action des divers amers. Liefschutz est arrivé au même résultat à part quelques diffé-

rences dans l'intensité. Les amers n'ont d'action sur la sécrétion chlorhydrique que s'il n'existe pas de lésions profondes de la muqueuse ou des glandes; dans les dyspepsies nerveuses par exemple, ou les gastrites chroniques légères, les amers ont toujours une action favorable pour augmenter la sécrétion chlorhydrique et la force digestive du suc gastrique. Très souvent dans les cas où les amers se montrent impuissants à augmenter l'acide chlorhydrique ils apportent une amélioration plus ou moins grande à la fonction motrice de l'estomac. Enfin on ne peut nier que les malades, sous l'influence des amers, voient très souvent les éructations cesser, ce qui pourrait s'expliquer par une action antifermentative.

Quant à la fonction d'absorption de l'estomac les amers n'ont à peu près aucune influence. On ne sait guère s'ils peuvent agir sur le catarrhe de la muqueuse de l'estomac. S'ils agissent sur quelque chose c'est surtout sur l'appétit et la sécrétion gastrique. Il est difficile d'apprécier l'action favorable des amers sur la digestion stomacale dans les diverses maladies de l'estomac, parce que ces médicaments ne sont pas administrés seuls et qu'il faut tenir compte du régime et de l'hygiène. Cependant il convient de leur attribuer une certaine place dans cette action. Les amers, malgré leur faible action pharmacologique, ne constituent pas moins des médicaments très utiles surtout dans les cas où la perte de l'appétit et la diminution de la fonction sécrétoire de l'estomac constituent les principaux symptômes de la maladie. En résumé les amers pris un certain temps, un quart d'heure et une demi-heure avant le repas exercent une influence favorable sur la sécrétion chlorhydrique et sur la fonction digestive de l'estomac, ils influencent parfois aussi la fonction motrice en la stimulant. Au point de vue pratique il faut les donner en faibles concentrations, car à l'état concentré leur action est beaucoup moins bonne. Il n'y a pas de différences essentielles entre les divers amers, cependant l'absinthe et le condurango agissent relativement mieux.

L. JUMON.

Emploi de la noix vomique dans l'hyperchlorhydrie, par H. MUSSEN (*Therapeutic Gazette*, 15 nov. 1905). — L'auteur appelle l'attention sur un usage qui, à première vue, semble paradoxal, celui de la noix vomique à doses croissantes dans l'hyperchlorhydrie ou l'hyperacidité. On sait que les amers sont contre-indiqués dans cet état qui demande plutôt des sédatifs que des stimulants. Mais dans beaucoup de cas l'auteur a trouvé que le traitement sédatif n'amène aucun soulagement des symptômes. L'étude de ces groupes montre qu'il appartient à la classe des névroses. L'hyperchlorhydrie dans ces cas n'est pas le résultat d'une lésion initiative locale, mais l'expression d'une névrose gastrique dont la persistance est due à l'atonie générale, à l'anémie ou à une forme de neurasthénie. Il est évident qu'il faut ici recourir au traitement tonique. C'est à cette classe qu'appartiennent les sujets hyperchlorhydriques chez lesquels il n'existe pas de cause de gastrite ni symptômes évidents d'ulcère. Ces malades présentent tous les stigmates de l'épuisement nerveux. Ils sont pâles et maigres, souvent hypocondriaques et mélancoliques. Les femmes ont souvent souffert d'affection utérine ou ovarienne et présentent des signes d'entéroptose ou de cholécystite chronique sans calcul, ou encore d'appendicite chronique. La constipation est habituelle. Le cœur est faible, la tension sanguine basse. L'urine est parfois abondante, aqueuse, mais plus souvent de densité élevée et contient des traces d'albumine. Les symptômes d'hyperchlorhydrie disparaissent souvent après l'usage de doses progressivement croissantes de teinture de noix vomique. Au début, les doses doivent être faibles, de XV gouttes, et on augmente de V gouttes tous les trois jours, de façon à s'élever jusqu'à L et LXXX gouttes.

L. JUMON.

Le régime dans l'insuffisance fonctionnelle du foie, par A. ROBIN (*Bull. génér. de thérapeutique* 15 janv. 1906). — La *composition de l'alimentation* dans les cas d'insuffisance hépatique sera calculée de façon à fournir au malade de 25 à 30 calories par kilogramme de son poids, s'il garde le lit, et de 32 à 35 calories s'il est encore en état de se lever et de vaquer à quelques menues occupations.

Il faudra lui donner, pour cela, de 30 à 60 grammes d'albumines, de 50 à 60 grammes de corps gras et de 250 à 300 d'hydrates de carbone.

Les aliments permis sont : 1° Les pâtes alimentaires, à condition d'être cuites à l'eau, et additionnées à table même d'un peu de fromage de gruyère râpé et de beurre très frais;

2° Les farines de céréales, les gruaux d'orge et d'avoine, le tapioca, etc., sous forme de décoction ou de soupes à l'eau et aux œufs, au lait, ou au bouillon de poulet;

3° Parmi les légumes, les fonds d'artichauts, les asperges, les choux-fleurs, la carotte, la betterave, les endives, etc. Ces légumes seront cuits à l'eau, et toujours additionnés de beurre frais, au moment de les manger. Tous ceux qui ne sont pas herbacés seront réduits en purée.

On peut autoriser les salades tendres assaisonnées avec un peu d'huile d'olive et de jus de citron;

4° Les légumes farineux, pommes de terre, lentilles, haricots, pois et fèves décortiqués, riz, cuits à l'eau, additionnés aussi de beurre frais au moment du repas, réduits en purée ou pris en potages, associés au bouillon de poulet, au lait ou aux œufs;

5° Parmi les poissons, permettre la sole, le merlan, la barbue, le turbot, la truite de rivière, à la condition qu'ils soient très frais, cuits au court-bouillon et sans sauce. Les huitres d'Ostende, les laitances de poisson, le caviar frais sont permis;

6° Permis aussi le poulet, le dindonneau, le pigeon, le perdreau frais, le bœuf, le mouton, l'agneau, pourvu qu'ils soient bien dépourvus de graisse et des parties tendineuses, mais toujours rôtis et très cuits. La cervelle, les ris de veau, la tête de veau, cuits à l'eau, servis avec du beurre frais ou de la bonne crème sont autorisés. Le maigre de jambon est ordinairement bien supporté, ainsi que les œufs à la coque ou brouillés;

7° Comme desserts, les cerises, prunes, poires cuites, marmelade de pommes, raisins frais, confitures et gelées, fromage à la crème, crèmes renversées, gâteaux de riz ou de semoule, soufflés à la vanille;

8° La meilleure boisson est l'eau pure. Les infusions aromatiques chaudes augmentent sensiblement la sécrétion de la bile (tilleul avec une feuille d'oranger, camomille ou menthe).

D'autres malades se trouveront bien de boire une eau minérale (Vittel, Contrexéville, Martigny, etc.).

La bière légère additionnée d'un peu de bière de malt est bien tolérée par certains malades, d'autres supporteront mieux un verre à bordeaux de bière pure, à prendre par petites gorgées, au cours du repas.

Quelques hépatiques insuffisants prennent avec avantage, une très petite quantité de vin de Champagne doux ou de Porto largement étendu d'eau, ou encore de vieux vin rouge naturel et bien dépouillé, et même, une cuillerée à café de vieille fine champagne dans un verre d'eau.

E. VOGT.

Traitement de la lithiase du cholédoque, par M. CHAUFFARD, Clinique Hôpital Cochin (*Sem. méd.*, 1906, n° 2). — Dans une remarquable étude clinique, l'auteur entreprend de montrer que l'opinion classique, qui fait de la vésicule biliaire le laboratoire central des calculs de cholestérine, a besoin d'être complétée par l'étude d'un nouveau type classique, la *lithiase du cholédoque*. Il vient d'en observer deux cas typiques dont il décrit l'évolution. Ces deux observations, absolument similaires, concernent un homme de trente-huit ans, et une femme de soixante-quatre ans qui, tous deux, après avoir fréquenté les établissements thermaux ont trouvé la guérison dans l'ablation chirurgicale de gros calculs cholédociens. Il discute l'origine de ces calculs et se livre à une étude soigneuse des signes qui permettent de porter un diagnostic précis sur les embarras du cholédoque. Nous renvoyons à cet article pour l'étude de ce qu'il nomme la *zone pancréatico-cholédocienne*. La *pancréatite cholélithiasique* est le retentissement causé sur le pancréas par ces sortes de « thromboses biliaires » qui, neuf fois sur dix, siègent dans la portion intra-pancréatique du canal cholédoque. Le volume de ces calculs exclut l'idée qu'ils aient pu y parvenir par migration. De même leur forme allongée « en bout de cigare ». Leur coupe pratiquée par M. Chauffard est encore plus démonstrative montrant un petit noyau primitif inférieur, avec couches concentriques formant en tout un *calcul prolongé*. — Le tableau clinique diffère sensiblement de la cholélithiase ordinaire. L'*amaigrissement* peut être extrême. Après l'opération, qui est d'une admirable efficacité, les malades reprennent très rapidement leur embonpoint.

A. BENOÎT.

Traitement de la lithiase des voies biliaires (*Soc. de chir.* 27 décembre 1905 et 10 janv. 1906). — M. DELBET appelle l'attention sur la variabilité à l'état normal du point d'origine du canal cholédoque. Cette considération l'amène à croire que l'on a enlevé parfois des calculs cystiques au lieu de calculs du cholédoque. Il suppose aussi que la rétraction de la vésicule biliaire, dite signe de Courvoisier, doit exister lorsque l'obstacle siège dans le canal cystique. M. Hartmann répond que ce signe n'a aucune valeur et répond simplement à des lésions chroniques de la lithiase, car il y a tantôt dilatation et tantôt rétraction avec l'oblitération du canal cystique.

A. BENOÎT.

Traitement physique et diététique de la constipation, par BUXBAUM (*Bl. f. klin. Hydrotherapie*, décembre 1905). — L'auteur distingue trois formes : 1° atonique; 2° spasmodique; 3° évacuation fragmentaire (dans laquelle l'exonération complète n'est pas obtenue malgré de nombreux besoins d'aller à la selle).

L'auteur commence par le traitement de la

constipation spasmodique. Elle est parfois vaincue par la simple ingestion d'un verre d'eau froide ou d'eau gazeuse à jeun : le kéfir n° 1 rend aussi des services (1 à 3 verres à jeun), ainsi que le cidre. Il ne faudrait pas croire que l'alimentation végétarienne favorise chez tout le monde le péristaltisme.

Les eaux laxatives ne doivent être prises que pendant un certain temps, et toujours à petites doses.

La chaleur est un excellent agent thérapeutique de la constipation spasmodique, et les lavements exercent surtout quand ils sont chauds leur influence. L'eau doit être à 45°, l'appareil placé à 30-60 centimètres au-dessus du plan du lit : on doit essayer de garder le lavement le plus longtemps possible (1/2 à 1 litre). Les grands lavements ne doivent pas être retenus, bien au contraire, car ce sont des excitants thermiques dont l'action doit être renouvelée : l'eau s'écoulera donc au fur et à mesure, pendant un quart à une demi-heure : De cette façon l'eau injectée pendant ce laps de temps aura toujours la même température.

Les lavements d'huile agissent de même, pour l'auteur, comme agents thermiques principalement. Il est préférable, au lieu d'huile, d'employer le mélange suivant : 1/4 de litre d'eau, dans laquelle on dissout un peu de soude; on ajoute ensuite deux cuillerées à soupe d'huile de foie de morue, puis deux cuillerées à soupe d'huile de ricin; on agite jusqu'à émulsion totale. En tout cas, il est toujours préférable d'ajouter à l'application interne de la chaleur des applications externes. On fera passer dans des tubes de Leiter de l'eau à 40° : les tubes couvriront tout l'abdomen; la séance durera une heure au moins. On peut avoir utiliser les boues, le fango, etc. En outre, les bains de siège de 35 à 40°, pendant une demi-heure et davantage, donnent d'excellents résultats.

La *constipation atonique* est souvent très rebelle : l'alimentation trop exclusive en est une cause fréquente, la viande donnant trop peu de déchets, les végétaux exigeant un travail exagéré de la musculature et provoquant de la fatigue.

Quel que soit le traitement choisi, on fera toujours bien de donner, au début, tous les matins, un verre d'eau laxative : au cours du traitement on essaiera peu à peu de s'en passer.

Hydrothérapie. — Toutes les applications toniques sont à recommander : les frictions suivies d'un bain de siège froid de cinq minutes au plus, les demi-bains avec affusions (on maniera ces derniers avec prudence chez les nerveux), etc. Le point difficile est de découvrir quelle est la méthode qui rendra le plus de services à un malade donné, car toute non-réussite entraîne le patient à refuser des expériences ultérieures avec d'autres procédés.

Les grandes irrigations risquent d'augmenter l'atonie : on fera mieux d'injecter d'abord une petite quantité d'eau à 21-25°, pour vider l'ampoule rectale, puis d'injecter, avec un tube plus long, 1/3 à 1/2 litre d'eau froide, à garder le plus longtemps possible.

Un bon procédé est le *spray* avec 100 centimètres cubes d'éther sulfurique pulvérisé deux fois par jour sur la paroi abdominale : cette intervention provoque des contractions péristalliques très actives.

Comme *massage*, c'est le pétrissage et l'effleurage qui seront préférés : les vibrateurs électriques rendent aussi des services. Ces deux procédés doivent être appliqués à jeun ou quatre à cinq heures après le repas principal : pendant les quinze premiers jours, les séances seront quotidiennes.

La *gymnastique* s'adressant aux muscles abdominaux ne devra jamais être poussée jusqu'à la fatigue, cause de parésie.

Electrothérapie. — Toutes les formes de l'électricité ont été tour à tour préconisées : pour l'auteur, les courants sinusoïdaux seraient les plus efficaces.

L'électromassage avec rouleau faradique ne paraît pas posséder, pour l'auteur, d'efficacité bien grande : l'action en profondeur est nulle.

Evacuation fragmentaire. — Cette forme, plus spéciale au sexe masculin, consiste dans des évacuations toutes les deux ou trois heures et semble tenir à l'atonie du dernier segment du gros intestin. Dans ces cas, de petits lavements froids, sans pression trop forte, les bains de siège froids de courte durée, le massage vibratoire du rectum, sa faradisation (séance de courte durée, courant peu énergique), donneront des succès.

E. VOGT.

L'argyrol dans la colite ulcéreuse, par W. ARDACK (*The Brit. med. J.*, 13 janv. 1906). — Une jeune fille de vingt-sept ans, atteinte de colite ulcéreuse, à la suite du froid, fut d'abord traitée par le salol et les injections d'eau boriquée, mais dans une seconde attaque beaucoup plus grave, accompagnée d'hémorragie, de vomissement et d'insomnie, le traitement antérieur ne donna pas de résultat. L'auteur, après un premier lavage de l'intestin à l'acide borique, fit faire des injections d'un litre environ d'une solution à 1 p. 100 d'argyrol à la température de 26°. Le lavement fut gardé

pendant une heure et le résultat fut excellent. Les hémorragies cessèrent et les selles devinrent normales. La malade n'eut plus de vomissement ni nausées, et put manger et dormir comme auparavant.

L. JUMON.

Des méthodes électriques dans les maladies de l'intestin, par LAQUERRIÈRE et DELHERM (*Arch. d'électricité médicale*, 10 janvier 1906). — Les *constipations légères* sont justiciables d'applications générales sous forme de bain statique, auquel on ajoutera soit l'effluvation (spasmodiques), soit l'étincelle sur les iliaques (atoniques).

Dans les constipations *graves à forme atonique*, on utilisera la faradisation, les renversements du courant continu, courant de Morton, en applications soit cutanées, soit cutanéo-intestinales. Ces procédés donnaient des succès, mais de bien plus nombreux insuccès, car la forme spasmodique qu'on ignorait est de beaucoup la plus fréquente.

Constipations graves à forme spasmodique et entérocolite.

Les auteurs préconisent la galvano-faradisation avec deux très grandes électrodes placées l'une en avant, l'autre en arrière, avec une très grande intensité galvanique (100 mA et plus); une faible intensité faradique produite par une bobine à fil fin, sans aucune secousse ni renversement.

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° Les applications, même à très haute dose, sont très bien tolérées;

2° Le plexus solaires sont forcément intéressés par une intensité appréciable de courant;

3° Le courant faradique, produisant une trémulation des muscles de l'abdomen, a une action analogue à celle du massage léger ;

4° Le courant faradique, en excitant l'épiderme, paraît agir par voie réflexe sur la sécrétion des glandes digestives.

Il ne faut pas attendre, pour utiliser le traitement électrique, que toute la gamme des médications ait complètement échoué, car alors l'intestin est tellement irrité qu'il faut le laisser quelque temps au repos en utilisant des calmants : compresses, belladone, etc. Les auteurs estiment au contraire que si après deux à trois mois un traitement sérieux n'a qu'un résultat insuffisant, il faut recourir à l'électrothérapie.

Il n'existe qu'une *contre-indication* absolue : lorsqu'on se trouve en présence de névropathes qui font de la folie viscérale, et présentent des symptômes d'une acuité extrême sans rapport avec la gravité de leur affection.

La présence d'un léger point appendiculaire ne constitue pas une contre-indication, mais commande une surveillance attentive.

Le mauvais état stomacal peut nuire à la marche régulière de l'amélioration.

Chez certains sujets, il existe un spasme du sphincter plus ou moins marqué, et il y a lieu de faire comme adjuvant quelques applications de haute fréquence intra-rectales.

Les échecs sont presque toujours attribuables à des erreurs de diagnostic (cancer p. ex.).

Diarrhées. — Les auteurs emploient deux très larges électrodes recouvrant l'une l'abdomen, l'autre les lombes, et le courant de la bobine à gros fil avec réglage de l'interrupteur donnant une trémulation extrêmement rapide des muscles de l'abdomen.

On obtient, après des séances de quinze à trente minutes, un arrêt des selles durant de longues heures, et cette thérapeutique suffit à guérir les diarrhées simples, mêmes rebelles, en un plus ou moins grand nombre de séances.

Dans la diarrhée des tuberculeux, on obtient une diminution très marquée du symptôme, permettant parfois un relèvement de l'état général.

L'*obstruction* et l'*occlusion intestinale* sont justiciables du lavement électrique.

Ce procédé d'urgence demande à être appliqué dans certaines conditions; des obstacles mécaniques énormes, comme certaines tumeurs abdominales, rendent le résultat incertain; d'autre part, il perd ses droits quand on a trop attendu.

Le lavement électrique doit être donné et répété de telle sorte qu'il ne fasse pas perdre un temps précieux, et qu'en cas d'échec il permette encore au chirurgien d'intervenir utilement.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la pneumonie fibrineuse par le sérum anti-pneumococcique, par WINCKELMANN (*Munch. med. W.*, 2 janvier 1906). — Il s'agit d'un sérum préparé récemment par Rœmer qui le retire des chevaux, des bœufs et des moutons; c'est un sérum bactéricide et polyvalent en raison des diverses cultures qui servent à sa préparation et de son origine provenant de plusieurs animaux. Les injections ont été faites

chez 16 pneumoniques, 6 d'entre eux avaient des pneumocoques dans le sang et parmi ces derniers trois moururent. La mortalité des cas traités par le sérum ne peut encore être invoquée en faveur du sérum par suite du nombre trop petit des observations. Jusqu'à présent 51 cas en tout traités par ce sérum ont donné une mortalité de 17,6 p. 100 alors que la mortalité par pneumonie s'élèverait à 20 ou 25 p. 100 dans les grandes villes d'après Frænkel. Les injections n'ont pas produit de troubles accessoires, pas de réaction locale ni d'exanthème, les douleurs ont été de courte durée. D'après les observations recueillies jusqu'à présent, on peut dire que le traitement sérothérapique est très probablement inoffensif. Mais son action curative n'a rien de certain, bien qu'on puisse l'admettre nettement dans quelques cas. L'auteur pense qu'on peut cependant conseiller l'emploi du sérum de Rœmer dans les cas graves.

L. JUMON.

Effets favorables de l'argent colloïdal dans les pneumonies grippales, par M. F. ZABLOTZKY (*Praktitchésky Vratch*, 1905, n° 47). — D'après l'expérience de l'auteur, laquelle porte sur un ensemble de soixante-sept cas, la pommade à l'argent colloïdal de Credé, employée en frictions sur la peau, exercerait à l'égard de la pneumonie grippale une action presque spécifique, comparable à celle que le sérum antidiphtérique produit sur la diphtérie. Quelle que soit la période de la maladie, à laquelle ce traitement est appliqué, on obtiendrait, dès la seconde ou la troisième friction, un abaissement, soit critique, soit en lysis, de la température fébrile, la pneumonie ne tardant pas à entrer en résolution. Pareil résultat a été observé par l'auteur dans toutes les pneumonies grippales. Les pneumonies consécutives à la coqueluche ou à la rougeole étaient aussi très favorablement influencées, mais, dans les pneumonies fibrineuses autochtones, les frictions avec la pommade à l'argent colloïdal demeuraient, dans la plupart des cas, sans effet.

Les frictions sont faites deux fois par jour, chaque fois avec 1 gr. 50 à 2 grammes de pommade, pendant sept à dix minutes et sur une nouvelle région du thorax, d'abord du côté malade, puis du côté sain. Avant la friction, la peau est lavée à l'alcool étendue d'eau chaude; après la friction, on applique sur la région traitée une couche de coton, qu'on recouvre d'une toile cirée. Ces frictions sont continuées pendant les deux ou trois jours qui suivent la défervescence définitive.

V. DE HOLSTEIN.

Action et usages de la digitale dans les lésions cardiaques, par MITCHELL BRUCE (*The Brit. med. J.*, 6 janv. 1906). — De l'étude des cas que l'auteur présente, il résulte d'abord que la digitale donnée aux doses habituelles ne produit pas la diurèse avant le troisième ou le quatrième jour de son administration. Pour être utile dans l'hydropisie cardiaque, la digitale doit être donnée à hautes doses, si elle ne produit la diurèse, il ne faut pas abandonner le médicament, mais le donner à plus fortes doses, surtout si le pouls continue à être irrégulier. Lorsque l'œdème a disparu sous l'action de la digitale, il ne faut pas en cesser l'usage aussitôt, mais le continuer un certain temps à des doses moindres. La diminution de la fréquence du pouls précède l'apparition de la diurèse et persiste un certain temps ensuite.

Lorsque le cœur faiblit dans les cas d'insuffisance aortique, il ne faut pas hésiter à donner de la digitale, malgré l'opinion contraire formulée par quelques auteurs.

En raison de l'effet d'accumulation de la digitale, on peut se demander s'il n'est pas préférable pour obtenir une action plus rapide de donner de hautes doses de teinture ou d'infusion de digitale ou la digitaline. Morison a recommandé 2 grammes de teinture de digitale toutes les quatre heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu un résultat sur l'action, la force et la capacité du cœur affaibli et dilaté ; une dose ordinaire de XXX gouttes ne produit pas la diurèse avant le troisième jour. Quant aux constituants de la digitale, les expériences montrent que la digitoxine ne produit pas d'effet diurétique avant soixante heures, la digitaline avant vingt-quatre heures. C'est donc à cette dernière qu'il faut recourir lorsqu'on veut obtenir un résultat rapide.

Quant au traitement non médicinal, par le repos et le régime, son opportunité et les résultats peuvent varier suivant les causes de l'insuffisance cardiaque. Sans contester la valeur de ce traitement, il se peut que dans certains cas il ne se produise aucune amélioration avant qu'on ait donné la digitale. Il faut donc dans le diagnostic de l'insuffisance cardiaque, rechercher la cause de cette dernière : surmenage, privations, causes morales, intoxications par exemple par le tabac. Dans certains de ces cas, il peut arriver que la digitale soit inutile. Une fois que la compensation a été obtenue dans les affections valvulaires chroniques, on continuera pendant très longtemps le traitement non médicinal. Les malades ne doivent pas reprendre prématurément leur travail, il faut que la myocarde ait récupéré ses réserves d'énergie, ce qui demande un certain nombre de se-

maines de repos après la disparition de la dernière trace d'hydropisie. En outre, on s'en rapportera à la quantité des urines rendues, qui est un indice suffisant de l'état des malades, puis à l'état du pouls qui fournit de précieux renseignements dans l'action et l'emploi de la digitale.

L. JUMON.

Sur l'emploi de l'opium dans la myocardite, l'affaiblissement et la dilatation du cœur, par J.-H. MUSSER (*The Am. J. of the med. Sc.*, janv. 1906). — Il y a de bonnes raisons cliniques de croire que l'opium est un tonique dans l'affaiblissement du cœur. L'auteur recommande l'emploi prolongé de l'opium ou de la morphine dans la myocardite pour prévenir l'angine de poitrine ou pour diminuer les effets de l'asystolie. Des malades ont pris pendant des mois de petites doses de teinture ou d'extrait d'opium pour calmer les sensations périphériques qui contribuent à agiter un cœur instable, pour remplacer les excitants, comme l'alcool et la strychnine, pour calmer le système nerveux et diminuer l'alimentation.

L'opium est avantageux dans les cas de faiblesse cardiaque après une maladie prolongée et en l'absence de lésion valvulaire. Dans les cas de rupture de la compensation, avec stases, l'opium est un tonique pour le cœur surtout chez les malades impressionnables; il rend des services dans les stases progressives résultant de la dilatation cardiaque, dans la néphrite parenchymateuse chronique et dans l'artériosclérose. Si le malade est un névropathe, dès le second jour l'opium procure le sommeil et une sensation de bien-être. La dyspnée de la myocardite est combattue ou prévenue par de petites doses continues d'opium pour un temps très long. L'opium soulage la tachycardie de la maladie de Graves et dans trois cas il sembla contribuer à la guérison des malades; il est presque toujours nécessaire de l'employer chez les sujets nerveux et irritables.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Sur la valeur des injections d'air dans le traitement des névralgies, par MONCOUR et CARLES (*Bulletin médical*, 27 décembre 1905). — Les auteurs rappellent que, pour appliquer ce traitement simple et efficace, il suffit de disposer d'une soufflerie de thermocautère et d'une aiguille de Pravaz. La quantité d'air à injecter varie avec la laxité des tissus et l'étendue de la douleur : il suffit de déterminer un bourrelet gazeux distendant modérément les tissus et dépassant de quelques centimètres dans tous les sens le point reconnu le plus douloureux.

Les auteurs n'ont jamais noté d'accidents, mais parfois une douleur assez vive, toujours de courte durée. Dans la grande majorité des cas, au contraire, le pouvoir analgésique est immédiat, et la résorption des gaz est complète entre le 4e et le 7e jour.

Sur 38 cas de douleurs, il y eut 23 guérisons, 6 améliorations, 9 insuccès; les auteurs attirent surtout l'attention sur 3 cas de névralgie intercostale consécutive à un zona thoracique; or ces névralgies sont en général des plus rebelles.

L'expérience des auteurs leur a prouvé que les injections d'air sont surtout efficaces dans les cas de névralgies récentes, surtout lorsque la douleur, nettement localisée sur un point fixe, peut être réveillée par la pression.

E. VOGT.

L'hydrothérapie dans les névralgies, les paralysies périphériques, la névrite et la polynévrite, par SADGER (*Therap. Monatshefte*, janvier 1906). — Si l'on se trouve en présence d'une névralgie au début, de cause rhumatismale, il suffit parfois d'un seul bain de vapeur suivi d'une affusion froide pour faire disparaître le mal. Si la névralgie est de cause infectieuse, il suffit souvent d'une seule affusion froide sans bain de vapeur préalable. Le tic douloureux, la sciatique, etc., fournissent de nombreux exemples de ce genre. Dans la sciatique, où les points douloureux sont plus accessibles à un traitement local, on peut aussi procéder ainsi : pluie froide de quinze secondes, puis douche écossaise avec cinq alternances le long du sciatique, et pour terminer une pluie froide de quinze secondes. Pendant la nuit, enveloppements humides. Ce traitement a même une valeur diagnostique, car son inefficacité doit faire craindre l'existence d'une sciatique symptomatique d'affections plus graves (carie osseuse, anévrysme, etc.).

Le traitement à domicile peut être organisé de la façon suivante : deux fois par jour, pendant deux heures, application de compresses humides chaudes, et pour finir un lavage à l'eau froide.

Les névralgies malariques seront traitées, un quart d'heure à une heure avant l'accès, par une douche en pluie générale, avec pression de deux à trois minutes : les névralgies syphiliti-

ques, diabétiques ou goutteuses, au moyen d'enveloppements humides prolongés.

En cas de paralysie périphérique, la douche écossaise doit être rejetée; on s'adressera au bain de vapeur suivi d'affusion froide. En cas de polynévrite, ce sont les demi-bains de 20 à 18°, de cinq minutes de durée, qui seront indiqués. Mais si le malade ressent de vives douleurs et une impotence marquée, on s'adressera aux enveloppements de Priessnitz sur les points douloureux, appliqués trois fois par jour. Dès que le malade sera transportable, on le soumettra aux demi-bains, qui produisent des résultats souvent stupéfiants: quand il en sort, on lui fait à nouveau des applications humides : peu à peu, ces dernières intéresseront le corps tout entier et dureront une demi-heure. A ce moment, on pourra songer à des séances de faradisation généralisée au cours de la matinée : plus tard, on passe aux mouvements actifs, puis à la gymnastique.

La polynévrite débute parfois à la façon d'une affection infectieuse aiguë : dans ces cas, on fera des enveloppements humides et on terminera par des demi-bains plus chauds (22 à 20°). Quand l'hyperthermie a disparu, on se contente de deux demi-bains par jour.

En thèse générale, l'hydrothérapie sera d'autant plus efficace que la polynévrite aura débuté d'une façon plus tapageuse, car c'est le meilleur procédé thérapeutique pour éviter l'apparition de symptômes graves, tels que la paralysie des muscles de la respiration.

E. Vogt.

Les troubles de la motilité dans l'hémiplégie et leur traitement, par Friedlander (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 15 janvier 1906). — Nous nous bornons à attirer l'attention sur ce travail très complet dont l'analyse n'est pas possible, car il s'agit d'une description de tous les mouvements passifs et actifs qu'on doit faire exécuter à un hémiplégique pour lui rendre la motilité. L'auteur affirme qu'avec de la persévérance, on obtient des résultats remarquables, et que le praticien sera amplement récompensé de ses efforts s'il suit la technique indiquée.

E. Vogt.

Ophtalmologie.

Dr Darier

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

Sérothérapie des ulcères infectieux de la cornée, par Castresana Baldomero (*El Siglo Medico*, Madrid, janv. 1905). — Castresana relate les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée au moyen d'injections sous-conjonctivales de sérum antipneumococcique. Il complétait le traitement par des instillations fréquentes de sérum et de bleu de méthylène.

Les cas sont divisés en deux catégories. La première comprend 20 cas avec un foyer unique, sur lesquels 16 furent rapidement guéris avec disparition de l'hypopion et prompte cicatrisation. Trois cas n'ont pas été revus après la première injection, un seul n'a pas été guéri.

Le deuxième groupe, comprenant 3 cas plus graves, avec foyers multiples, n'a pas donné de résultats encourageants, le processus morbide n'ayant pas paru enrayé par le traitement.

L'auteur conclut que les injections sous-conjonctivales de sérum antipneumococcique ne sont pas aussi douloureuses que les injections de cyanure de Hg. Elles ne produisent pas d'adhérences de la conjonctive à l'épisclérotique. Il injecte d'abord un centimètre cube de sérum, puis, tous les deux jours, un demi-centimètre cube. Dans les intervalles, il fait faire des instillations conjonctivales toutes les trois heures et, chez les malades de la ville, des installations de bleu de méthylène.

L'injection, peu douloureuse en elle-même, causerait un rapide soulagement des douleurs oculaires et orbitaires. L'hypopion et l'infiltration cornéenne se résorbent rapidement : il est rare qu'il y ait nécessité de recourir au galvanocautère.

A. Darier.

Prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par le Dr Herff (*Compte rendu annuel de l'hôpital gynécologie de Bâle*, 1904). — Pendant les années 1902 et 1903, la prophylaxie de l'ophtalmo-blennorrhée a été pratiquée dans cet hôpital au moyen d'instillations de protargol à 10 p. 100 : 3.009 cas ont été ainsi traités sans que se soit produite une seule infection primaire. Pendant l'année 1903 se produisit une seule infection secondaire au cinquième jour sous forme de conjonctivite simple et la voie de contamination directe put être prouvée. En quatre jours, cette conjonctivite fut guérie par le protargol.

Donc, sur 3.009 cas, 0 p. 1000 d'infection par la prophylaxie au protargol, alors que, les années précédentes, la prophylaxie par le nitrate d'argent avait donné à l'hôpital 2 p. 1000 d'infection et 6 à 7 p. 1000 en ville.

La supériorité du protargol sur le nitrate d'argent s'est donc montrée incontestable; aussi le Dr Herff est-il surpris de voir encore

dans le livre des sages-femmes de l'Etat, publier que le nitrate d'argent à 1 p. 1000 est encore le seul agent recommandé.

A. DARIER.

Prophylaxie des conjonctivites chez les nouveau-nés par l'argyrol, par le Dr C. LAURENT (*Thèse de Toulouse*, Diniou, éditeur, 1905).

Les résultats remarquables obtenus par le protargol à 10 p. 100 dans la prophylaxie de l'ophtalmie purulente par Frust, Veverke, etc., ne pouvaient manquer d'engager à essayer l'argyrol dans les mêmes circonstances.

Ce dernier sel, moins irritant et aussi antiseptique, paraît devoir être le prophylactique idéal tant au point de vue de son innocuité absolue que son pouvoir pénétrant et antiseptique des plus marqués.

Il est intéressant de voir que c'est à la maternité de Toulouse que les premières statistiques sur action prophylactique de l'argyrol ont été entreprises dès l'année 1904.

Le Dr Laurent a recueilli 280 cas sur lesquels il n'a observé que 2 cas où l'argyrol n'a pas donné tous les effets qu'on en attendait, soit 0,70 p. 100 d'insuccès, chiffre à peu près identique à celui aujourd'hui fourni pour le nitrate d'argent pour l'ensemble des statistiques relevées par Kottlin dans les *Annales de gynécologie*, page 55, qui, sur 24.723 nouveau-nés traités par la méthode de Crédé, releva 0,65 d'insuccès.

En lisant la thèse de M. Laurent, nous avons pu nous rendre compte que l'application de l'argyrol ne paraît pas avoir été faite dans les meilleures conditions possibles. L'application en badigeonnage au moyen d'un pinceau ou d'un chiffon, comme le dit l'auteur, serait avantageusement remplacée par des instillation simples mais abondantes de solutions à 20 p. 100.

Il est plus que probable que des statistiques basées sur plusieurs milliers de cas donneront des résultats supérieurs à ceux donnés par la méthode de Crédé, comme l'ont déjà prouvé les résultats obtenus par le protargol.

A. DARIER.

Contribution au traitement de l'hypotonie oculaire, par MAGNANI (Smyrne). (Contributo alla terapia della ipotonia oculare) (*Annal di ottalmogia*, vol. XXXIV, 1905, fasc. 1-2, p. 43 à 55). — Magnani considère l'hypotonie, sous n'importe quelle forme clinique compliquant des affections oculaires variées, comme due à la paralysie ou parésie du sympathique. Il a essayé, par conséquent, l'excitation galvanique du sympathique cervical; application pendant dix minutes, du pôle positif à la nuque (plaque de 150 centimètres), du négatif au cou, le long du bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien (électrode de 15 centimètres environ de longueur, sur 2 de largeur), et en laissant passant un courant de 10 à 20 milliampères. Parmi cinq cas ainsi traités, un seul ne donna aucun résultat, l'hypotonie étant ancienne, par irido-choroïdite atrophique diffuse et grave. Les autres cas montraient constamment un relèvement de la tension, après la galvanisation; résultat plus ou moins durable, mais toujours utile en coopération avec le traitement direct, médical et opératoire.

A. DARIER.

Sur le traitement par l'hypérémie de Bier dans les maladies oculaires, par RENNER (*Munch. med. Woch.*, 9 janvier 1906). — L'auteur a essayé sur lui-même les effets de l'hypérémie veineuse sur la tête afin d'en connaître les effets et de savoir jusqu'à quelles limites on peut aller. Pour cela il s'est enroulé autour du cou une bande de caoutchouc de 3 centimètres de large, qu'il a portée durant trois à huit heures sans interrompre ses occupations. Même en forçant un peu la stase, il n'a pas constaté de sensations pénibles. Il s'est d'abord produit une sensation de chaleur et de plénitude dans la tête, puis une sensation de tension dans la peau, surtout dans les paupières. La peau a pris une coloration légèrement livide; le gonflement n'a été marqué qu'au cou immédiatement au-dessus de la bande. Au bout de quelques heures l'auteur a ressenti de la tension dans les muscles oculaires dans les mouvements extrêmes de l'œil, et une sensation de gonflement dans les voies nasales, la voix était un peu couverte. Ces phénomènes ont également été observés sur d'autres personnes. L'acuité visuelle centrale est restée normale pendant et après la stase, de même l'accommodation. Les limites du champ visuel pour le blanc et les couleurs n'ont pas été réellement modifiées. Par contre la conjonctive du tarse a présenté une augmentation de la rougeur, l'hypérémie du globe oculaire était moins prononcée. Malgré les signes de la stase veineuse à l'ophtalmoscope, la pression intra-oculaire n'a pas changé. Une fois le pouls veineux rétinien a cessé immédiatement après l'application de la bande, mais il a reparu sitôt après qu'on l'eut enlevée.

Le traitement, en raison de ses actions accessoires fâcheuses possibles, n'a été appliqué qu'à des sujets jeunes et seulement dans des affections oculaires externes où on pouvait exclure

surtout l'iritis, l'iridochoroïde. Les résultats ont été favorables dans cinq cas de kératite parenchymateuse où l'hypérémie veineuse a été employée sans autre traitement, à part l'instillation de la teinture d'opium. Les résultats sont moins bons dans l'ulcère serpigineux de la cornée. On a d'ailleurs eu recours aux autres traitements. Cependant l'évolution a été favorable et les douleurs ciliaires ont bientôt disparu. Par contre on n'a observé aucune influence notable sur la guérison dans les ulcérations phlycténulaires et catarrhales de la cornée. Les anciennes opacités de la cornée ne semblent pas davantage influencées.

Dans aucun cas cependant l'hypérémie veineuse n'a exercé une action nuisible sur l'œil ni sur l'état général. Tous les malades ont bien supporté la bande de caoutchouc et ont continué leurs occupations sans être troublés. De plus nombreuses observations sont d'ailleurs nécessaires pour juger de la valeur du mode de traitement dans les affections oculaires. Mais les résultats décidément favorables obtenus dans la kératite parenchymateuse autorisent déjà à poursuivre ces recherches et à faire une place à la stase de Bier parmi les méthodes de traitement en oculistique. L. JUMON.

L'iridectomie antiglaucomateuse et le massage de l'œil, par WICHERKIEWICZ (*Ann. d'ocul. anat.*, 1905). — L'auteur, faisant allusion au travail de M. Dianoux (analysé dans ce journal, p. 107, 1905), dit qu'il s'y est intéressé d'autant plus que lui-même, depuis plusieurs années, a obtenu de très bons résultats du massage, non pas après la sclérotomie comme M. Dianomuxias, après l'iridectomie. Il n'attribue pas une grande importance à la scélorotomie antérieure, comme opération de choix contre le glaucome. D'après son expérience, ce n'est que dans le glaucome simple que cette opération a une certaine valeur. Dans le glaucome inflammatoire, si on ne peut pas se passer d'opération, il faut toujours recourir à l'iridectomie. Or le massage a pour résultat de favoriser la production d'une cicatrice filtrante.

M. Wicherkiewicz se félicite de ce que M. Dianoux emploie également le collyre qu'il a préconisé : mélange de pilocarpine, ésérine et cocaïne.

Quant à l'étiologie du glaucome, l'auteur dit qu'on oublie trop souvent que la syphilis est un facteur étiologique dont il faut tenir grand compte. A. DARIER.

Les injections de paraffine fondue dans les tissus oculaires, par G. BOLOGNESI (Bologna). (Delle iniexioni di paraffine fusa nei tessute oculari. Ricerche sperimentale.) (*Annali di Ottalmologia*, vol. XXXIV, 1905, fasc. 1-2, p. 79 à 94). — Comme complément à son travail sur l'introduction de la paraffine fondue dans les tissus de l'organisme en général, Bolognesi a fait sur les lapins une série d'expériences, en injectant la paraffine, soit dans la chambre antérieure, soit dans cette chambre et dans le tissu cornéen à la fois, soit enfin dans la coque oculaire après l'exentération. Il en conclut que la paraffine ne provoque pas de phagocytose, pas d'autre processus de disparition du corps étranger aseptique qu'elle représente, pas d'action chimique ni locale ni à distance, pas d'action embolique. Elle se borne à exercer une action mécanique locale, en créant de nouveaux espaces dans les tissus (par exemple par la dissociation des lamelles du parenchyme cornéen) ou en dilatant des cavités préexistantes (chambre antérieure, espace du vitré). A. DARIER.

Le formiate de soude en thérapeutique oculaire, par JACQUEAU (*Lyon médical*, 27 septembre 1905).

L'auteur a essayé l'emploi d'un collyre au formiate de soude chez de nombreux malades atteints d'asthénopie oculaire de fixation, que celle-ci soit d'origine accommodative ou liée à un défaut de convergence. Chez presque tous il se produisit une amélioration sensible des troubles fonctionnels, parfois même de véritables guérisons momentanées.

La forme d'asthénopie qui bénéficia le plus du traitement fut celle qui provenait de l'insuffisance de la convergence. Il semblerait donc que l'action de l'acide formique se fasse plus sentir sur les muscles moteurs de l'œil que sur le muscle ciliaire. D'ordinaire, l'amélioration commençait vers le troisième ou quatrième jour et cessait cinq à six jours après la fin du traitement.

Le collyre employé était titré habituellement à 1/30, les instillations avaient lieu trois fois par jour et étaient prolongées dix à quinze jours,

A DARIER.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

Sur le traitement de la tuberculose laryngée par la lumière solaire, par JESSEN (*Arch.*

intern. de laryng., n° 6, 1905). — En 1904, Sorgo relatait un cas d'ulcération fongueuse de la corde vocale droite guérie par une insolation de vingt-six heures dans le délai de trente-deux jours. Kunwald, en 1905, publiait plusieurs cas d'amélioration quand il s'agissait d'infiltration très prononcée de la muqueuse laryngée; l'œdème est une contre-indication. Le procédé que ces auteurs ont employé est le suivant: le malade est assis, le dos contre le soleil; la lumière est renvoyée, par un réflecteur, dans le pharynx; le traitement a duré de six à quarante-quatre heures suivant le cas. Quand la chaleur incommodait le malade, on appliquait sur la tête et la nuque des compresses imbibées d'eau froide.

Jessen a essayé ce mode de traitement tantôt en suivant la méthode de Sorgo, tantôt en se servant du laryngoscope sur lequel on projetait la lumière solaire avec un réflecteur; chaque séance ne durait que cinq minutes, mais on la répétait toutes les heures ou les deux heures. Comme résultat il n'a obtenu de guérison complète que pour les ulcérations; la couleur de la muqueuse devient normale, les cordes recouvrent leur tonicité et, par conséquent, l'enrouement disparaît. Il a observé une amélioration considérable dans deux cas d'infiltration œdémateuse des deux cordes vocales; il en a été de même dans deux cas d'infiltration en bourrelets de la bande ventriculaire gauche.

Les cas les plus rebelles au traitement sont ceux d'ulcération de la paroi postérieure avec granulations fongueuses; cependant, il y a eu amélioration de la toux et de la voix, et un léger affaissement de l'infiltration des aryténoïdes.

Si la suggestion joue un rôle, il est faible; le repos de l'organe est plus important; nombre de laryngologistes estiment qu'un traitement local trop actif, est plutôt nuisible; aussi les moyens de douceur (huile mentholée, anesthésine, etc.) ont-ils donné des résultats aussi satisfaisants.

La lumière solaire agit comme bactéricide directement (Bie), ou par la formation de bioxyde d'hydrogène (Dieudonné).

D'après Dreyer et Jansen, la lumière solaire produit de la vaso-dilatation, de la transsudation séreuse suivies d'infiltration cellulaire légère avec hémorragie et thrombus.

L'action n'est que superficielle, mais on peut se demander si on ne pourrait pas agir plus profondément en faisant intervenir l'éosine dont une solution à 1 p. 100 est bien tolérée par le larynx; l'expérience de l'auteur n'est pas suffisante à cet égard.

A. COURTADE.

A propos de l'opération de la tonsille pharingée hyperplasiée, par H. ZWILLINGER (*Arch. internat. de laryng.*, n° 6, 1905). — Si on considère qu'il y a hypertrophie de l'amygdale pharyngée toutes les fois que celle-ci dépasse le bord choanal, cette définition est sans valeur au point de vue pratique, car de petites végétations peuvent donner lieu à des symptômes plus gênants que de grosses.

Les affections auriculaires sont fréquentes chez les adénoïdiens, et il est des cas où elles sont le seul symptôme de végétations.

Chez les sourds-muets, l'auteur a trouvé 56,7 p. 100 d'adénoïdiens.

Tout le monde connaît les effets heureux de l'opération des végétations dans le cas d'angines récidivantes, de toux convulsive, d'ophtalmie scrofuleuse, de certains ulcères de la cornée; il en est de même dans les cas de fièvre ganglionnaire.

L'amygdale pharyngée peut être hypertrophiée chez le nouveau-né et donner lieu à la gêne respiratoire et à la difficulté de succion. A part les cas où l'enfant est nerveux et récalcitrant, l'anesthésie générale est rare; on y aura recours cependant quand l'opération portera sur les amygdales et les végétations dans la même séance.

L'auteur se sert du chloroforme à la dose de LXXX à C gouttes pendant deux minutes, de manière à produire l'abolition des réflexes et l'apsychie; l'hémorragie est plus forte que si l'opération est pratiquée à l'état de veille.

On a cité 5 cas d'hémorragie mortelle après l'adénotomie; sur 28 cas d'hémorragie considérable, 7 seulement avaient moins de dix ans, ce qui prouve que le danger d'hémorragie augmente avec l'âge de l'opéré. L'hémorragie post-opératoire n'est relevée que dans un cas sur 200; elle est due à la blessure des parois du naso-pharynx.

L'hémostase se fait par la compression ou l'irrigation d'eau glacée; on peut aussi recourir au tamponnement et aux poudres styptiques; l'adrénaline s'est montrée inefficace dans ces cas.

Il arrive, même à de bons opérateurs, de ne pas enlever complètement le tissu adénoïdien hyperthrophié; la partie la plus antérieure échappe à l'action de la curette et continue à obstruer la choane; avant de terminer l'intervention, il faut donc s'assurer avec le doigt si tout le tissu pathologique est enlevé; s'il en reste, il faut reprendre la curette.

Parfois la curette se casse dans le pharynx; il ne faut donc pas oublier d'inspecter son instrument.

Putnam a observé 2 cas de méningite puru-

lente après l'opération, Coley 1 cas d'endocardite et cité 2 fois une inflammation des séreuses.

A. COURTADE.

Traitement des épistaxis graves, par M. G. LAURENS (*La Clinique* 5 janvier 1906).—L'auteur entreprend de remettre en honneur un procédé tombé en désuétude et qui consiste à introduire dans le nez un ballon en caoutchouc dilaté une fois mis en place, pour se rendre maître des hémorragies qui ont résisté à tous les moyens classiques. Après un tableau dramatique de l'hémorragie nasale grave, avec description de l'embarras de l'entourage et parfois du médecin le premier appelé, M. Laurens décrit la technique de ce procédé de la façon suivante : il suffit d'avoir un stylet de trousse, une sonde cannelée, ou une aiguille à tricoter, du fil ordinaire ou une pince de trousse, un *ballon hémostatique*. Il ne s'agit plus cette fois d'appareils compliqués à robinets, mais de petits « préservatifs en miniature », en caoutchouc fin, haut de 1 centimètre et long de 5 à 6 centimètres. A l'une des extrémités ce manchon est fermé en cul-de-sac; l'autre se termine par un tube de caoutchouc dans la lumière duquel on passera le conducteur, aiguille ou stylet, qui viendra s'appuyer, tout au fond du manchon, sur une partie épaissie, pour éviter la perforation. On peut mettre aussi un peu d'ouate sur la pointe du stylet. On aura auparavant savonné l'appareil à l'eau bouillie. Le malade étant étendu horizontalement, nettoyer la fosse nasale par la bouche et le nez pour enlever les caillots, en s'aidant d'une pince, si nécessaire. On fait souffler une dernière fois le malade par la narine hémorragipare. Tenant alors le manchon vaseliné à la main, on l'enfonce dans une *direction horizontale*, en rasant le plancher nasal. On retire le mandrin, lorsqu'on a atteint le fond de la cavité. On peut alors gonfler le ballon avec les lèvres ou une poire en caoutchouc. (un soufflet, semble-t-il, rendrait le même service). On pince le tube et on place un fil ou une pince à demeure. Eviter une distension trop grande du ballon qui gêne les ailes du nez.

A. BENOÎT.

Comment empêcher la suppuration aiguë de l'oreille moyenne de devenir chronique, par WAGGETT (*Arch. intern. de laryng. et d'otol.*, novembre 1905). — Les causes de chronicité de l'otite moyenne aiguë peuvent être dues : 1° à l'invasion des tissus de l'oreille par un néoplasme ou la tuberculose ; 2° à la réinfection répétée de la caisse par la voie du conduit auditif ou de la trompe d'Eustache ; 3° à l'existence d'ulcérations dans des recoins où le pus stagne et d'où il ne peut être expulsé ; 4° à la carie ou nécrose de l'os, c'est-à-dire à l'envahissement des canaux de Havers par des microbes ; 5° à un cholestéatome.

Dans le traitement de l'otite aiguë il faut : 1° aider et favoriser l'inflammation tant qu'on peut la regarder comme une réaction bienfaisante ; 2° faire en sorte que les causes de chronicité qu'on vient d'énumérer ne se réalisent pas ; 3° éviter toute influence qui pourrait engendrer ou activer un de ces antécédents.

Les otites aiguës qui s'accompagnent de la sécrétion d'un liquide jaune paille, limpide, avec un peu de mucus, deviennent rarement chroniques. La fatigue et le froid sont très défavorables ; on conseillera donc le repos absolu au lit dans tous les cas aigus. Une purgation, quelques doses de quinine, le régime lacté ne tarderont pas à produire une résolution complète.

La paracentèse, dans ces cas, n'est indiquée que quand la douleur est considérable et la perforation imminente.

Dans l'otite muco-purulente type on a affaire à la propagation du catarrhe du naso-pharynx ; la récidive en est facile et on doit s'attacher à faire disparaître la source de réinfection. On conseillera le lit au malade, et on prescrira un purgatif, de la quinine et des instillations répétées et chaudes de glycérine phéniquée. La paracentèse est, sans doute, une excellente opération, mais on doit tout d'abord attaquer d'emblée la cause du mal ; cette cause est, très souvent, l'existence de végétations adénoïdes qu'il faut enlever dans les vingt-quatre heures.

Si la perforation s'est produite, l'écoulement ne tardera pas à cesser, après l'ablation des végétations adénoïdes et la guérison du naso-pharynx.

Dans l'otite suppurée vraie, le tympan est œdématié ou présente une hémorragie interstitielle ; le liquide est jaune opaque. Outre le repos au lit, l'auteur administre le salicylate de quinine dans toutes les suppurations aiguës des voies aériennes ; on fera, de plus, des pulvérisations d'eau alcaline phéniquée ou d'eau oxygénée dans la cavité nasale.

La terminaison normale d'une otite suppurée aiguë est la guérison. Dans les cas où elle passe à l'état chronique, il faut l'attribuer à la tuberculose, ou à la réinfection par défaut de soins, par des végétations adénoïdes ; une circonstance prédisposante est le siège élevé de la perforation qui facilite la stagnation du pus, surtout si elle est petite ; il en est de même de l'envahissement de l'antre mastoïdien et des cellules mastoïdiennes.

L'auteur rejette complètement l'usage des

insufflations par crainte de projeter dans la mastoïde le pus de la caisse du tympan,

Pour éviter la chronicité de la suppuration, il faut faire une large paracentèse qui fait disparaître la compression due à un œdème inflammatoire des tissus eux-mêmes. Pour diluer les toxines de la sécrétion et du pus, on facilitera la circulation de la région par des applications externes, chaudes, des irrigations douces, mais abondantes, pratiquées toutes les heures après la paracentèse; dans l'otite scarlatineuse, on pourrait recourir à l'irrigation continue; dans l'intervalle des irrigations, instiller de la glycérine phéniquée.

Le malade devra garder le lit encore trois ou quatre jours après l'arrêt de l'écoulement et la guérison du tympan; on ne recourra aux insufflations d'air que deux semaines après la disparition de la rougeur du tympan.

Mais si deux ou trois heures après la paracentèse et l'usage des irrigations, la douleur n'a pas disparu, c'est que la mastoïde est atteinte; on y appliquera des sangsues et la réfrigération.

Les cas dits aigus qui viennent consulter trois ou quatre semaines après le début de la maladie et qui ne s'améliorent pas rapidement par le séjour au lit, la paracentèse, les irrigations, peuvent être rangés en deux classes. Dans la première on range les cas où il existe une perforation de l'otique ou du segment postéro-supérieur du tympan; malgré le traitement antiseptique, la récidive est fréquente et la carie gagne les osselets et les parois de la caisse.

Dans la 2e classe, on observe un écoulement de pus très abondant, dont une grande partie vient de la mastoïde; dans ces cas, on prévient la chronicité en ouvrant de bonne heure l'apophyse.

A. COURTADE.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le syndrôme urique, par LUYS (*La Clinique*, 5 janvier 1906). — Certains arthritiques viennent se plaindre de troubles fonctionnels urinaires dus à un chimisme urinaire anormal, constitué par l'hyperacidité de l'urine: l'ensemble de ces troubles a été décrit par Kraus sous le nom de « pollakiurie urique »; les principaux symptômes sont les suivants:

1° L'augmentation de fréquence des mictions, surtout après le repas; la miction est souvent impérieuse (fausse cystite), les instillations exaspèrent fréquemment ce symptôme lorsque le diagnostic de cystite a été fait par erreur.

2° La brûlure en urinant, surtout terminale, qui, avec le symptôme précédent, contribue à simuler la cystite.

3° La perte de quelques gouttes d'urine après la fin de la miction, qui fait redouter au malade le rétrécissement.

4° Une sensation de pesanteur du côté du périnée, de la prostate, et de la région hypogastrique, tendant à faire penser à l'hypertrophie prostatique.

5° Certaines douleurs dans les articulations ou dans les lombes: la douleur lombaire est surtout marquée au réveil ou après un repos prolongé, elle cède généralement à un exercice modéré.

6° Des troubles génitaux divers: diminution de la puissance virile, douleur cuisante à l'éjaculation, éjaculations hâtives et quelquefois involontaires: ces troubles entrainent à la fin un état neurasthénique souvent inquiétant. Les urines examinées après émission dans plusieurs verres ne présentent pas de filaments; elles sont limpides, fortes en couleur, rougissant le papier de tournesol d'une façon intense, et présentant souvent des dépôts uratiques, soit à l'émission, soit après refroidissement. L'acide nitrique versé le long de la paroi du verre donne une couleur acajou et un dégagement d'acide carbonique dû aux carbonates fréquents dans ces urines (Chevalier). L'examen de l'urètre est négatif.

Tous ces troubles dus à l'excès d'acide urique dans les urines seront combattus par le régime anti-arthritique et les eaux de Contrexéville, Vittel, Evian, Vichy, Karlsbad.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la blennorrhée par l'insufflation d'ozone, par MONNET (*Tablettes médicales*, 16 octobre 1905). — Le traitement consiste à insuffler de l'ozone dans le canal de l'urètre à l'aide d'un appareil ozoniseur spécial qu'on peut adapter sur le courant de la ville ou à une source d'électricité quelconque.

On fait passer le courant et on chasse l'air de l'appareil avec une poire en caoutchouc qui servira ensuite à insuffler l'ozone dans l'urètre, à l'aide d'une sonde en gomme à bout coupé et à paroi perforée de trous multiples sur ses 2/5 inférieurs. On fait plusieurs insufflations très douces et non précipitées, et la sonde est retirée.

Les séances sont répétées tous les jours ou tous les deux jours; il faut surveiller de très près l'irritabilité possible du canal; dans le cas

où il serait irrité, il faudrait interrompre le traitement quelques jours.

M. DESCHAMPS.

La dilatation élastique dans les rétrécissements de l'urètre, par MAURAT (*Th.* Paris, 1905). — L'auteur préconise la dilatation des rétrécissements à l'aide d'un dilatateur élastique de calibre approprié au degré de striction du canal et analogue à une sonde de Nélaton n'ayant pas le bout perforé. A l'extrémité externe est adaptée une seringue qui sert à injecter de l'eau dans la sonde dilatatrice, l'eau est poussée lentement division par division : on sait que telle division correspond à tel numéro de la filière. Pour introduire la sonde dans le canal, on est quelquefois obligé d'y glisser un mandrin en gomme pour lui donner de la rigidité.

Ce mode de dilatation fait un véritable massage de la muqueuse et même de la prostate : il semble cependant n'avoir rien donné jusqu'ici dans le traitement des urétrites chroniques, il est surtout précieux pour la dilatation des urètres qui saignent facilement.

Pour le massage de la prostate et les rétrécissements localisés, on emploie une sonde à olive dilatatrice, qui ne dilate le canal qu'en un endroit précis.

M. DESCHAMPS.

Sur un procédé simple d'extraction des calculs ou des corps étrangers de l'urètre, par SCHRŒTER (*Centrbl. f. Chir.*, 30 décembre 1905). — Les procédés en usage pour enlever les concrétions arrêtées dans l'urètre sont : l'extraction au moyen d'instruments convenables et l'urétrotomie externe. Les petits calculs peuvent être rendus spontanément, les volumineux s'y arrêtent plus ou moins solidement enclavés. C'est dans la partie membraneuse et à l'orifice externe que l'on rencontre le plus souvent les concrétions. Il n'est pas toujours facile de faire convenablement l'urétrotomie et d'autre part l'emploi des instruments comporte de graves objections entre des mains peu prudentes. Si l'on se rappelle la manière dont on enlève les corps étrangers du conduit auditif externe, c'est-à-dire à l'aide d'une injection d'eau, il vient à l'esprit d'appliquer à l'urètre une méthode analogue simple et absolument inoffensive.

Appelé près d'un malade qui subitement ne pouvait plus uriner et qui portait dans la région bulbaire de l'urètre un calcul qu'on pouvait palper à l'extérieur en provoquant de fortes douleurs, l'auteur prescrivit au malade d'uriner debout; en pressant sur la région hypogastrique, l'urine sortait goutte à goutte. L'orifice externe fut fermé avec les doigts. L'urine se collecta dans l'urètre qui bientôt fut fortement distendu par le liquide depuis le gland jusqu'au calcul, l'auteur cessa alors brusquement de comprimer le méat en enlevant les doigts, et le calcul fut chassé par un violent jet d'urine. Le calcul avait 1 centimètre de diamètre. Ce procédé est applicable dans tous les cas où l'urine peut encore traverser l'urètre goutte à goutte. Mais si la rétention d'urine était absolue, il faudrait procéder autrement. On enroulerait une petite bande autour de l'urètre immédiatement en arrière du calcul pour empêcher celui-ci de reculer, puis on injecterait de l'eau de façon à distendre lentement l'urètre jusqu'au maximum, en empêchant le liquide de s'écouler au dehors. Puis on enjoindrait au malade d'uriner en exerçant une pression sur l'abdomen; en desserrant peu à peu le bandage et finalement en enlevant rapidement les doigts qui compriment le méat on obtiendrait la sortie du calcul. Le procédé, s'il ne réussit pas, peut être recommencé sans inconvénient.

L. JUMON.

Corps étranger de la vessie, par REBOUL (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 28 juin 1905). — L'auteur rapporte l'observation de l'extraction d'une épingle à cheveux de la vessie d'une jeune fille, par le procédé indiqué par Guinard. Il fit d'abord la dilatation urétrale avec des bougies d'Hégar, puis avec l'auriculaire, et enfin avec l'index : il sentit alors l'épingle presque transversale, dont les pointes étaient fixées dans la muqueuse; l'injection d'un peu d'eau dans la vessie permit de mobiliser le corps étranger et d'amener l'anse en avant qui fut saisie avec un crochet à bottines introduit sur l'index comme conducteur. Dans la traversée urétrale on accrocha un repli de la muqueuse, il suffit de refouler un peu le crochet et de le retirer en déprimant la paroi répondant à son bord convexe. Guérison sans incidents, sans incontinence.

L'hypernéphrome du rein, par KUZMIK (*Beiträge z. klin. Chir.*, XLV, 1). — On donne ce nom à une variété rare de tumeurs développées aux dépens de débris embryonnaires de tissu surrénal aberrants sous la capsule propre et dans la couche corticale du rein, surtout vers l'extrémité supérieure de la glande. Au cours des autopsies, on trouverait fréquemment de ces îlots aberrants sous la forme de petits pelotons graisseux.

L'auteur rapporte trois cas de tumeurs volumineuses développées de cette façon, comme

l'a démontré l'examen histologique. La néphrectomie fut suivie de guérison dans deux cas où la tumeur était nettement encapsulée et distincte du tissu rénal ; dans le troisième, le malade mourut quinze jours après l'opération et l'autopsie montra des métastases dans les côtes, les poumons, la colonne vertébrale, la veine cave.

Les signes cliniques sont peu caractéristiques, le début ordinaire se manifeste par des hématuries spontanées irrégulières dans leur apparition et leur durée; l'état reste quelquefois stationnaire pendant de longues années, puis tout d'un coup la tumeur se développe brusquement, son augmentation rapide de volume correspond sans doute à une rupture de la capsule et à une diffusion du processus néoplasique. La néphrectomie n'est contre-indiquée que lorsqu'on se trouve en présence d'une généralisation métastatique manifeste.

M. DESCHAMPS.

Abcès rénaux consécutifs à des petits foyers de suppuration périphérique, par JORDAN (34e *Congrès de la Soc. all. de Chirurgie*, 1905). — On observe assez fréquemment des abcès rénaux qui deviennent ensuite périrénaux, d'origine métastatique, consécutifs à des suppurations périphériques (furoncles, abcès, panaris, etc...). Israël a observé un cas consécutif à une lésion de la muqueuse nasale. Au début, lorsqu'ils sont intra-rénaux, les signes cliniques sont seulement généraux, et la confusion est possible avec la fièvre typhoïde, la méningite, l'appendicite; l'urine ne renferme pas de pus, quelquefois des globules sanguins (Israël), il y a de la sensibilité à la pression au-dessous de la douzième côte, parfois une légère augmentation de volume du rein.

La néphrotomie doit être précoce, elle est ordinairement suivie de la guérison; dans deux cas, l'auteur a été obligé de faire la néphrectomie. On peut observer une période fébrile même après l'incision, elle tient probablement à l'existence de petits abcès miliaires qui peuvent d'ailleurs guérir spontanément.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Dilatation bronchique dans l'enfance, par C. R. BOX (*The Brit. med. J.*; 13 janvier 1906). — Dans cette communication, l'auteur exclut les variétés qui résultent de la compression par les ganglions caverneux ou de la présence des corps étrangers dans les bronches. Au point de vue clinique, les cas de bronchectasie chez les enfants peuvent être divisés en trois groupes : les cas avec formation en rayon de miel dans lesquels il n'y a pas de bronchopneumonie au moment de l'examen et où il n'y a par conséquent pas de signes caractéristiques, les cas dans lesquels il y a de la bronchopneumonie et des signes cavitaires pendant les progrès de la maladie, et ceux dans lesquels l'affection de longue durée est associée avec la sclérose du poumon et l'aplatissement du thorax. Pour vider les bronches, l'auteur conseille le traitement systématique par la position renversée et préconise l'emploi du sirop d'ail, de l'huile de foie de morue ou de la créosote et de la maltine.

L. JUMON.

Les injections d'eau de mer isotonique dans la thérapeutique infantile, par le Dr LALESQUE (*Journal de méd. de Bordeaux*, 7 janvier 1906). — L'auteur publie deux observations dans lesquelles les injections d'eau de mer ont eu une influence heureuse. Dans l'une il s'agit d'une petite fille de deux ans atteinte de coqueluche grave, avec vomissements persistants, amaigrissement, adynamie profonde. A la suite de ces injections, l'enfant gagna en vingt-sept jours 1 kil. 500. Le second cas est celui d'un enfant qui, à l'âge de trois semaines, était ictérique et qui présenta dans la suite des signes d'athrepsie profonde. A l'âge de deux mois, l'enfant qui pesait à la naissance 3 kil. 500 ne pesait plus que 2 kil. 500. Des injections sous-cutanées d'eau de mer furent faites au nombre de six, au bout de sept semaines l'enfant pesait 4 kil. 200 et au bout de deux mois 5 kilos et se trouvait en parfaite santé. Les divers traitements institués avant l'injection, bains tièdes, frictions à l'eau de Cologne, à la térébenthine, laxatifs, bains sinapisés, étaient restés sans influence sur l'état de l'enfant qui s'était aggravé. L'injection d'eau de mer n'avait été faite qu'à la dernière extrémité et comme sans espoir. L'amélioration fut si brusque et si durable qu'on ne peut douter de son action. Chez le premier enfant les injections étaient de 10 centimètres cubes tous les jours. Chez le second elles furent de 50 centimètres cubes tous les deux jours et cela sans aucun inconvénient.

L'eau de mer utilisée était de l'eau captée au large d'Arcachon, ramenée à l'isotonie par l'addition d'eau de source, stérilisée ensuite à froid au filtre Chamberlant et injectée au plus tard dans les quinze jours qui ont suivi la captation.

L. JUMON.

Colite membraneuse chronique dans l'enfance, par E. CAUTLEY (*The Brit. med. J.*, 13 janv. 1906). — D'après l'auteur, la colite chronique est rare dans l'enfance et est habituellement la conséquence d'une attaque aiguë. Les cas de colite chronique se divisent en colite catarrhale, comprenant la forme muqueuse, la colite muco-membraneuse ou membraneuse et caractérisée par des selles liquides et la présence de masses ressemblant à de la gelée ou du blanc d'œuf. La colite ulcéreuse qui peut être des deux espèces est folliculeuse et catarrhale. La première est simplement la conséquence d'une colite iléo-cæcale aiguë chez l'enfant, la seconde peut survenir à tout âge. La colite membraneuse est la variété la plus rare, elle succède à la forme catarrhale. Il s'agit au total d'une affection bénigne, car les autopsies sont rares.

Au point de vue du traitement, on a attribué beaucoup d'importance au régime qui doit être nourrissant sans laisser beaucoup de résidu, à l'hygiène générale, au repos au lit dans les cas graves. Les purgatifs salins et l'huile de ricin sont recommandés avec le bismuth et la créosote. On a préconisé aussi les irrigations du côlon avec des solutions salines, boriquées, tanniques et de nitrate d'argent. L'auteur mentionne aussi les tentatives qu'on a faites pour agir plus efficacement par des irrigations faites directement dans des ouvertures pratiquées sur le cæcum et l'appendice. Dans les cas de colite catarrhale, Voelcker croit que le lait est de beaucoup supérieur aux aliments artificiels. Enfin, l'addition de bi-carbonate de soude au liquide de lavage est très utile.

L. JUMON.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Propriétés inhibitrices et anesthésiantes des sels de magnésium (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 15 janvier 1906). — MELTZER a, depuis huit mois, à l'institut Rockefeller de New-York, fait une série de recherches sur l'action des sels de magnésium : elles ont démontré que ces substances ne produisent jamais de phénomènes d'excitation, mais exclusivement des effets d'inhibition et de dépression très marqués. Chez l'animal, des injections intraveineuses de quantités minimes de ces sels provoquent en peu de secondes un arrêt complet de la respiration : les fonctions cardiaques et la pression sanguine ne sont pas modifiées. Une solution à 25 p. 100 de sulfate de magnésie, appliquée sur un nerf moteur de grenouille, supprime l'excitabilité musculaire. L'injection sous-cutanée provoque une narcose complète avec résolution musculaire générale. Les injections intrarachidiennes provoquent une anesthésie et une paralysie des extrémités inférieures, qui au bout d'une heure s'étendent aux segments supérieurs du corps. Les battements du cœur ne sont pas modifiés.

Ces expériences préliminaires ont incité l'auteur à faire faire des essais sur l'homme. Douze opérations ont été pratiquées par Hanbold, Blake et Meyer après injection intrarachidienne de sulfate de magnésie. La dose moyenne a été de 1 cc. d'une solution à 25 p. 100 pour 12 kilogrammes de poids. Les premiers essais furent nécessairement timides et on donna en même temps un peu de chloroforme, mais les quatre dernières interventions furent pratiquées sans aucun narcotique. Le meilleur moment pour opérer est trois à quatre heures après l'injection : l'anesthésie est complète.

Chez un malade, on injecta 1 cc. par huit kilogrammes de poids du corps : trois heures et demie après l'injection, il se produisit une narcose profonde qui dura cinq heures : le pouls resta entre 70 et 80, le réflexe palpébral fut conservé, mais la respiration tomba à 10 par minute : on fit à ce moment une nouvelle ponction intrarachidienne, on retira 7 cc. de liquide qu'on remplaça par quantité égale de solution physiologique, qu'on laissa ressortir; on répéta trois fois la manœuvre et la dernière quantité injectée ne fut pas retirée. Peu après, la respiration se releva et le malade se réveilla.

Les mouvements et la sensibilité demandent huit à quatorze heures, en général, pour revenir à la normale : la rétention d'urine dure plus longtemps (deux jours et davantage parfois).

Si on prend des doses dépassant 1 cc. pour 12 kilogrammes, on peut déjà opérer au bout d'une heure sur le segment inférieur, et au bout de trois à quatre heures sur le segment supérieur du corps. Mais l'auteur préfère opérer au bout de deux heures avec le secours d'un peu de chloroforme, et procéder comme ci-dessus (injections de solution physiologique).

L'auteur fait ressortir les avantages de sa méthode au point de vue des fonctions cardiaques, que ce mode d'anesthésie n'affecte en aucune façon. Les troubles respiratoires éventuels pourraient être combattus par la respiration artificielle.

La tête du malade sera placée plus haut que dans la narcose classique.

L'auteur termine en citant un cas grave de tétanos, inutilement traité par l'antitoxine

tétanique, et amené à la guérison après cinq injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie. L'effet calmant s'est chaque fois manifesté de suite après l'injection : la température tomba de 41° à la normale ou à peu près, et l'amélioration dura trente-six heures.

VOGT.

La stovaïne, par le Pr RECLUS (*Presse médicale*, 3 janvier 1906). — L'auteur, à propos de l'action vasodilatatrice attribuée à la stovaïne, ne croit pas à cette action : en réalité, l'action est nulle. En outre ce médicament est stérilisable, et en outre, contrairement aux assertions de Braun, il ne cause aucune irritation si on l'emploie à la dose ordinaire (1/2 à 1 p. 100) ; quant à la gangrène qu'elle risque soi-disant de provoquer, elle n'a jamais été observée par l'auteur. Le seul trouble parfois enregistré avec l'emploi de solutions en injections sous-cutanées est une sensation légère de cuisson.

Il est certain qu'à solution égale, la cocaïne est plus anesthésique que la stovaïne, qui agit aussi moins rapidement et moins longtemps. Mais la stovaïne est deux ou trois fois moins toxique : l'auteur a très souvent employé des doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 sans aucun inconvénient.

Son expérience portant sur 1.000 stovaïnisations environ lui a démontré que l'anesthésie est moins sûre, moins massive qu'avec la cocaïne, mais on peut opérer en toute tranquillité : la pâleur de la face, si fréquente avec la cocaïne, est exceptionnelle et due dans ce cas à l'émotion.

En terminant, l'auteur nous apprend qu'il a entièrement abandonné la cocaïne pour employer exclusivement son succédané.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Faculté. — Les prix de la Faculté de médecine pour 1905 ont été décernés : à M. Luys (*Prix* Barbier), pour son cystoscope à vision directe et son urétroscope; à MM. Fernand Bezançon et Marcel Labbé (*Prix* Chateauvillard), pour leur Traité d'hématologie; à MM. Alquier et Drouineau (*Prix* Jeunesse. Hygiène); à M. Jolly (*Prix* Jeunesse. Histologie); à MM. Pie et Bonnamour (*Prix* Saintour).

Société des Amis de l'Université de Paris. — Conférences pour 1906. Les jeudis, 9 h. soir à la Sorbonne. Amphithéâtre Richelieu.

11 Janvier 1906 : M. Rolland (*Lettres*), Michel-Ange d'après ses lettres et ses poésies. — 18 Janvier : M. Jeanselme (*Médecine*), La lèpre dans l'histoire. — 25 Janvier : M. Berthelemy (*Droit*), La crise du fonctionnarisme. — 1er Février : M. Reclus (*Médecine*), L'académie royale de chirurgie. — 8 Février : M. Moret (*Hautes-Etudes*), L'Egypte. — 15 Février : M. Berthelot (*Pharmacie*), Comment on construit une usine de cent mille chevaux. La station centrale de Saint-Denis. — 22 Février : M. Monier (*Théologie protestante*), Un grand prédicateur américain Beecker. — 1er Mars : M. Gentil (*Sciences*), Une exploration géologique au Maroc. — 8 Mars : M. Plesois (*Lettres*), La satire de Juvénal. — 15 Mars : M. Chailley Bert, Les Indes anglaises. — 29 Mars : M. Colin (*Droit*), L'élargissement du divorce.

Les personnes qui désirent faire partie des Amis de l'Université doivent s'adresser à M. Durand, trésorier de la Société, à la Sorbonne.

Cochin. — M. Chauffard a repris ses cliniques le samedi 6 janvier à 10 h. et les continuera les samedis à la même heure.

Société médicale des hôpitaux. — Bureau pour 1906. Président : M. Letulle; vice-président : M. Barth; secrétaire général : M. Siredey; trésorier : M. Hudelo; secrétaires des séances : MM. Josué et Gasne.

Société de chirurgie. — Bureau pour 1906. Président : M. Segond; vice-président : M. Quénu; secrétaire général : M. Nélaton; secrétaires annuels : MM. Michaux et Chaput.

Société de médecine et de chirurgie pratiques. — Bureau pour 1906. Président : M. Ducor; vice-président : M. Courtade; secrétaire général : M. Dignat; secrétaire général adjoint : M. Paul Guillon.

BIBLIOGRAPHIE

Une institution nécessaire. Le Casier sanitaire des Maisons, par PAUL JUILLERAT, chef du bureau de l'assainissement de l'habitation et du casier sanitaire des maisons de Paris. préface par M. le Dr ROUX, directeur de l'Institut Pasteur. 1905, 1 vol. in-18 jésus. Prix : 1 fr. 50. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince.

Ce petit livre vient à son heure. Au moment où l'opinion publique se préoccupe des ravages croissants de la tuberculose dans la population française, il était bon de signaler les travaux qui depuis onze ans se poursuivent à Paris pour combattre le fléau.

Dans la préface qu'il a bien voulu écrire pour cet ouvrage, M. le Dr Roux, l'éminent directeur de l'Institut Pasteur, s'exprime ainsi :

« Il y a un peu plus de onze ans que l'on « accumule, au bureau du Casier sanitaire des « renseignements sur les maisons de Paris. « M. Juillerat qui dirige ce service depuis sa « fondation, a pensé qu'il était temps de tirer « parti des documents rassemblés. Dans le « petit livre qu'il offre aujourd'hui au public « sous le titre *le Casier sanitaire des Maisons*, « M. Juillerat nous montre à quoi peut servir « un casier sanitaire bien fait. »

Après avoir rappelé les résultats de l'enquête ouverte par l'auteur sur la répartition de la tuberculose dans les maisons de Paris depuis onze ans, l'éminent hygiéniste ajoute :

« Le casier sanitaire nous apparaît donc « comme un organe de première utilité, et « M. Juillerat a eu raison de l'appeler, en tête « de son livre, « une institution nécessaire ».

« Les villes importantes ne sauraient s'en « passer si elles veulent sérieusement entre- « prendre leur assainissement. »

« L'ouvrage de M. Juillerat sera un guide « pour les directeurs des bureaux d'hygiène « institués par la loi de 1902 et pour les maires « qui ont la responsabilité de la salubrité « publique. Il leur indiquera comment doivent « être établies les fiches sanitaires et com- « ment, avec la moindre dépense, on obtient « le plus de résultat.

. . . . . .

« Espérons que le livre de M. Juillerat sera « lu d'un grand nombre de conseillers muni- « cipaux et qu'il leur donnera le désir d'insti- « tuer dans leurs villes « des Casiers sanitaires « des maisons ». Espérons qu'il sera lu aussi « par nos législateurs et qu'il leur suggérera « d'ajouter à la loi de 1902 sur la santé publique « un article permettant de communiquer au « public les documents du casier sanitaire « comme ceux de l'état civil. Ce serait un « grand service que le livre de M. Juillerat « aurait rendu à l'hygiène publique. »

Nous nous associons de grand cœur à ces conclusions de l'illustre savant. Ce petit livre, d'un format commode, plein de renseignements suggestifs et de vues originales, doit être lu par tous ceux qu'intéresse la question si impressionnante de la protection de la santé publique par la lutte contre les maladies évitables.

Manuel d'électrothérapie et d'électrodiagnostic, par le Dr E.-ALBERT WEIL. 1 vol. in-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise, 4 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Le succès rapide de la première édition du Manuel du Dr Albert-Weil a montré que le plan du livre était heureusement conçu ; aussi a-t-il été rigoureusement suivi dans la 2e édition, mais de nombreux chapitres ont été ajoutés, d'autres entièrement modifiés pour les mettre au courant des derniers progrès en électrothérapie. C'est ainsi que des notions succinctes de physique, qui sont plutôt des définitions que des démonstrations, sont placées en tête du livre pour rappeler aux médecins des lois physiques, des mesures et des termes qu'ils peuvent avoir oubliés ; c'est ainsi que, dans les moyens d'action de l'Electrothérapie, sont étudiés les courants intermittents de basse tension, les courants triphasés ; c'est ainsi que dans les applications des modalités de l'énergie électrique au diagnostic est étudié l'électrodiagnostic basé sur l'étude du vertige voltaïque ; c'est ainsi que, dans les applications thérapeutiques, une large part a été faite au traitement radiothérapique des cancers superficiels et profonds, etc.

Tous les chapitres ont été complétés, ceux qui ont trait à la photothérapie et à la radiothérapie ont été les plus profondément modifiés, en particulier tout ce qui concerne la radiothérapie (méthode, modes d'application, procédés de protection de mesure) a été très complètement exposé.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Académie nationale de Médecine de Mexico : CONCOURS. — L'Académie de médecine met au concours, pour l'année 1905-1906, les questions suivantes :

1° Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Mesures qu'il convient d'adopter contre la propagation de la maladie. Prix : $ 500 (1).

Fréquence de la lèpre dans la République mexicaine. Quels types cliniques revêt le plus souvent cette affection? Quelles sont les mesures à prendre pour éviter sa propagation ? Prix : $ 500.

Les bases du concours, prescrites par le règlement, sont les suivantes :

1° Les mémoires relatifs à ces questions devront être remis au secrétaire général de l'Académie, *avant le 1er octobre* 1906, *rédigés en espagnol*, sans signature, accompagnés d'un pli fermé contenant le nom de l'auteur, et sur la couverture desquels sera le titre ou signe particulier, placé en tête du mémoire.

2° Seront admis tous les travaux originaux, conduisant à la solution des demandes ci-dessus, et ne seront réputés comme non présentés que ceux prévus dans l'article 4.

3° Les faits sur lesquels s'appuie l'auteur devront être originaux; il pourra utiliser les données étrangères; les uns et les autres seront dûment appréciés et rigoureusement vérifiés.

4° Dans la première session ordinaire du mois d'octobre correspondant, le secrétaire général rendra compte des mémoires qu'il aura reçus sur ces questions, et l'Académie procédera aussitôt, au scrutin secret, à la nomination cinq de ses membres qui formeront le jury de qualification, et de deux membres suppléants, pour remplacer les défaillants en cas de besoin.

Le secrétaire remettra au jury tous les mémoires numérotés dans l'ordre de leur présentation et gardera par devers lui les plis fermés. Toute excuse pour ne pas faire partie du jury sera reconnue valable sans discussion et il sera procédé de suite à une nouvelle élection pour remplacer le défaillant.

5° Huit jours après la nomination des membres du jury de qualification, sera fixé le temps nécessaire pour le prononcé du jugement. Les membres analyseront les mémoires présentés et, d'après cette analyse, désigneront celui qui, d'après eux, mérite le prix, s'il doit se diviser et en quelle proportion, ou déclareront que personne ne l'a mérité. Si le jury croit que l'auteur d'un mémoire est digne de récompense à titre d'encouragement, quand bien même il n'aurait pas résolu la question, il pourra en faire part à l'Académie, qui résoudra la question.

6° En aucun cas, ni pour le vote du résultat, qui aura lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des voix des membres présents, ni dans la formation du jury, les auteurs des mémoires ne pourront prendre part sans que, par ce fait seul, soit annulé le mémoire présenté.

7° En désignant le mémoire qui aura obtenu le prix à la récompense, on ouvrira le pli fermé correspondant pour proclamer l'auteur, et l'on mettra de côté les plis restants sans les ouvrir, à moins que leurs auteurs ne le permettent.

8° Tous les mémoires présentés à ce concours, récompensés ou non, resteront propriété de l'Académie, qui devra les publier, si le jury le demande et que l'Académie l'approuve, avec le nom de l'auteur s'il le désire, ou sans nom.

Les plis fermés des mémoires non récompensés seront détruits au bout de six mois.

9° L'Académie supportera les frais d'impression de chaque mémoire récompensé, et dont les exemplaires, au nombre de 200, seront remis à leurs auteurs.

La tuberculose en France et en Allemagne. — Académie de médecine. *Séance du janvier.* — M. A, ROBIN communique à l'Académie le rapport très documenté qu'il a, sur la demande de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, établi sur la mortalité par tuberculose en France.

Contrairement à une assertion souvent répétée, en particulier par les partisans des sanatoriums, la mortalité par tuberculose ne paraît pas plus considérable en France qu'en Allemagne. Les chiffres fréquemment donnés : 39 p. 10.000 habitants de mortalité pour la France, 22 pour l'Allemagne, semblent très exagérés pour la France.

Ce chiffre de 39 décès comprend de nombreux cas de bronchite chronique. En outre, pour les très nombreuses petites communes où on ne fait aucune statistique exacte, on a arbitrairement adopté un chiffre beaucoup trop fort de mortalité par tuberculose.

(1) Le cours actuel du dollar mexicain est de 2 fr. 50.

Une loi très remarquable est en effet que celle-ci décroît d'une façon à peu près régulière avec la densité de la population. En d'autres termes, que moins cette population est agglomérée et que mieux elle est protégée contre le fléau.

Le tableau des décès tuberculeux relevés en 1903 dans diverses villes de France par M. Albert Robin l'amène au chiffre de 24,4 pour le nombre moyen de décès causés en France par la tuberculose sur 10.000 habitants. Voilà qui est loin des 39 p. 10.000 de la statistique officielle et qui se rapproche singulièrement des 22 p. 10.000 Allemands.

« On cite, à chaque instant, ajoute M. Albert Robin, les chiffres de la statistique allemande pour prouver l'efficacité du système de lutte dont le sanatorium populaire est considéré comme le pivot et pour assurer à celui-ci une place dominante dans l'armement antituberculeux.

« Si, en France, où ce système n'a pas prévalue la mortalité par la tuberculose n'est pas plus élevée qu'en Allemagne, n'est-il pas permis de conclure que le système allemand n'a pas toute la valeur qu'on lui attribue et que la principale cause de la diminution de la mortalité, dans les deux pays, réside dans les mesures d'hygiène publique, législatives, administratives, collectives et individuelles qui ont été adoptées dans les vingt-cinq dernières années, et pour l'application et l'extension desquelles il faut réserver toutes les ressources budgétaires, collectives et individuelles dont nous pouvons disposer. »

Comme conclusion, M. Albert Robin propose à l'Académie de mettre en discusssion le projet de vœu suivant.

« L'Académie de médecine demande à M. le ministre de l'Intérieur que la statistique des causes de décès, actuellement établie pour 713 villes, soit étendue, à toutes les communications du territoire français. »

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr **F. Lagrange.**

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

ÉTUDE ANATOMIQUE SUR LE COBAYE

Par **Henri Alezais**, docteur en médecine et docteur ès sciences.

Premier fascicule : **Ostéologie, Arthrologie, Myologie.**

1 vol. in-4°, avec 55 figures dans le texte..... **8 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 volume in-8°..... **5 fr.**

Philosophie de l'Effort, Essais philosophiques d'un naturaliste

Par **Armand Sabatier**, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier

1 volume in-8°..... **7 fr. 50**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr**

TRAVAUX ORIGINAUX

INDICATIONS PRATIQUES POUR INSTITUER LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES GLYCOSURIES

Par Allyre Chassevant,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le diabète a de tout temps été l'objet de théories pathogéniques et d'essais thérapeutiques, les plus nombreux, les plus variés et souvent les plus contradictoires.

A l'heure actuelle, les deux maîtres de la thérapeutique générale, les professeurs Bouchard et Albert Robin, ont, sur la pathogénie du diabète, une opinion diamétralement opposée: pour le premier, c'est une manifestation de nutrition retardante; c'est le résultat d'une exagération des phénomènes nutritifs, pour le second. Le professeur A. Gilbert fait jouer au foie le rôle prépondérant dans la pathogénie du diabète; tantôt il y a fonctionnement exagéré de cet organe : *diabète par hyperhépatie* ; tantôt défaillance : *diabète par hypohépatie*. Sans discuter ces considérations théoriques, constatons simplement que dans la clinique journalière, l'analyse des urines nous signale simplement le symptôme *glycosurie*. Le praticien doit interpréter ce symptôme et rechercher sa cause.

La *glycosurie* peut survenir chez un gros mangeur, après un copieux repas de sucre et de féculents ; cette *glycosurie alimentaire* intermittente est temporaire, il suffit de modérer l'alimentation et surtout de suspendre l'ingestion du sucre ou d'aliments sucrés pour la voir disparaître.

La *glycosurie* peut être cyclique, intermittente, faible, survenir surtout après les repas, c'est la *glycosurie dyspeptique* d'Albert Robin, la glycosurie par *anhépatie* de Gilbert; elle est justiciable du régime carné, et du traitement opothérapique.

La *glycosurie* peut apparaître chez les arthritiques d'une façon intermittente, accompagnée d'une élimination abondante d'urates; c'est encore une glycosurie par hypofonctionnement du foie.

Signalons :

La *glycosurie nerveuse*, presque toujours intermittente, qui survient chez les surmenés neurasthéniques à l'occasion de préoccupations morales, de chagrins, etc.;

la *glycosurie puerpérale*, essentiellement passagère, qui s'observe après l'accouchement, et chez les nourrices pendant l'allaitement, le plus souvent le sucre est éliminé, dans ce cas particulier par les urines, est le lactose.

Les *glycosuries* consécutives à certaines intoxications.

On observe toujours une glycosurie passagère après le sommeil chloroformique.

Certains *glucosides* provoquent la glycosurie : un des plus actifs est la *phloridzine*; injectée à la dose de 1 à 5 milligrammes, elle provoque une glycosurie expérimentale qui apparaît une heure après l'injection, progresse pour atteindre son maximum une ou deux heures plus tard, puis diminue rapidement pour bientôt disparaître.

Divers *alcaloïdes* provoquent la glycosurie : *vératrine*, *curare*, *atropine*.

Il en est de même pour certains balsamiques : *copahu*, *térébenthine*.

La glycosurie s'observe encore, au cours de nombreuses maladies infectieuses : *diphtérie*, *scarlatine*, *coqueluche*, *blennorrhagie*, etc., rarement au cours de la *rougeole*.

A côté de ces diverses glycosuries, on observe la glycosurie essentielle des diabétiques, qui s'accompagne de *polyurie*, *d'azoturie*, de *phosphaturie*.

Lorsque le praticien soupçonne l'existence d'une glycosurie, il ne doit pas se contenter d'une analyse qualitative rapide, qui lui démontre la présence dans les urines d'un sucre réducteur. Il doit faire faire une analyse complète des urines, qualitative et quantitative (1).

1° On caractérisera la nature des diverses substances réductrices, s'il y a lieu :
Glucose, *lévulose*, *lactose*, *pentoses*, *inosite*, *dextrine*.
Acide β-oxybutyrique, *acide acétylacétique*, *acétone*.
Acide glycuronique, *acide homogentisique* ou *alcaptone*.

2° On effectuera le dosage de ces divers éléments, rapportés au litre et au volume émis en vingt-quatre heures.

3° Il faut exiger en outre le dosage des principaux éléments normaux de l'urine; notamment :

L'*azote total*, l'*urée*, l'*acide urique* et les *bases xanthiques*, les *chlorures*, les *phosphates*.

Le dosage du *soufre* total et des divers composés sulfurés est important. On déterminera le soufre total, le soufre acide, les acides sulfoconjugués; le soufre incomplètement oxydé.

Le dosage de l'*indican* est désirable, mais non indispensable.

L'analyse des urines ne peut donner de résultats utilisables pour le médecin, que si le malade est soumis à un régime alimentaire bien déterminé, qualitativement et quantitativement, depuis au moins cinq jours; il importe de connaître exactement la somme des *ingestas*, pour déduire, de la nature et de la quantité des *excretas*, les besoins de l'organisme, régler qualitativement et quantitativement le régime ultérieur du malade.

Nous conseillons de mettre, si possible, le malade au régime lacté exclusif pendant cinq jours consécutifs, en réglant la quantité de lait entre 2,500 et 3 litres en vingt-quatre heures, suivant l'appétit et le poids du malade.

(1) Voir les procédés cliniques d'analyse dans le *Précis de Chimie physiologique* (Alcan, 1905).

Dans ces conditions, nous mettons le malade en hyponutrition légère.

Il importe de faire analyser quantitativement le lait ingéré. Dans les grandes villes le lait présente une composition moyenne assez constante ; dans les campagnes il faut prendre le lait de traite complète d'une même vache faite à la même heure, car la composition diffère suivant la traite, celle du matin ou celle du soir.

En moyenne :

2.500cc de lait de vache fournissent 1.798 calories.

et contiennent :

91gr,50 d'albuminoïdes, soit 14gr,36 d'azote.
90gr,50 de graisses.
112gr,00 de sucre de lait.
17gr,00 de sels minéraux.

La comparaison entre les ingestas et les excretas urinaires permet alors d'établir :

1° S'il y a azoturie ; le degré de cette azoturie sera donné par la différence entre l'azote total excrété et l'azote ingéré ;

2° Formation de sucre aux dépens de l'organisme ; dans ce cas la quantité de sucre éliminé est supérieure aux 112 grammes de lactose introduits.

L'examen de la nature du sucre éliminé permet, si on retrouve le lactose non transformé, d'affirmer que le malade ne peut plus utiliser certains sucres, dans son organisme.

Le régime lacté peut être prescrit sans inconvénient pendant cinq jours, même aux malades chez lesquels le lait est contre-indiqué.

L'analyse quantitative des urines ainsi recueillies permet d'évaluer le minimum d'albuminoïdes nécessaire au malade.

Pour obtenir ce chiffre moyen, il suffit de multiplier l'azote total éliminé par le coefficient 6,5.

Dans l'établissement du régime, il faudra toujours se tenir au-dessus de ce chiffre pour éviter l'autophagie et ses conséquences néfastes : *acétonémie*, *coma*.

La pratique m'a montré, qu'il fallait majorer le chiffre de 10 p. 100 dans le cas de régime mixte et de 25 p. 100 dans le cas de régime carné.

Pour établir le régime, il suffit de se reporter aux tables publiées par divers auteurs (1), de proportionner chaque aliment qualitativement et quantitativement, pour obtenir un minimum d'albuminoïdes supérieur aux besoins du malade, et une énergie calorifique de 2.500 à 3.000 calories au moins.

On devra réduire au minimum les aliments sucrés et les hydrates de carbone, sans cependant les proscrire d'une façon absolue. Les matières grasses : beurre, huile, saindoux, doivent être augmentées proportionnellement, pour compenser le déficit calorifique, qui se produit dans la ration alimentaire par suite de la suppression des féculents.

Mais il faut se rappeler que le régime carné exclusif ne doit être prescrit aux diabétiques que pendant un temps assez court, qu'il conduit à l'*acétonurie* ; il en est de même de l'abus des corps gras (Frommer).

(1) Atwater en Amérique, reproduit dans la *Revue d'hygiène alimentaire* (Masson, 1905).
A. Gautier. *L'alimentation et ses régimes* (Masson, 1905).
A. Chassevant. *Précis de chimie physiologique*, p. 318 (Alcan, 1905).

Il faut de temps en temps revenir au régime végétarien mixte, autoriser et même conseiller l'usage des féculents, ainsi que le conseille DURING, en même temps que l'usage des légumes frais et des fruits.

Pendant ces périodes, on peut prescrire avec avantage le mélange de céréales préconisé par During :

120 grammes de céréales (riz, semoule, gruau, orge), sont mis à macérer à froid pendant douze heures, puis on les fait cuire à l'eau pendant plusieurs heures. On assaisonne avec du beurre ou du jus de viande.

Le diabétique en traitement, doit être fréquemment surveillé, au moyen de l'analyse quantitative de ses urines. Ces analyses ont pour but de constater si le régime prescrit suffit à compenser les dépenses de l'organisme; on doit donc faire ces analyses sans modifier le régime du malade qui a été déterminé qualitativement et quantitativement, et doit être en vigueur depuis au moins cinq jours.

On peut déterminer la forme du diabète en fractionnant les urines émises et y dosant le sucre et l'azote total.

Nous fractionnons les urines de la façon suivante :

Le matin, le malade en se levant à 8 heures, vide sa vessie, cette urine est rejetée.

A 8 heures, petit déjeuner. Recueillir les urines de 8 heures à midi, flacon n° 1.

A midi, déjeuner. Recueillir les urines de midi à 4 heures, flacon n° 2.

Ne pas goûter ce jour-là. Recueillir les urines de 4 heures à 7 heures, flacon n° 3.

A 7 heures, dîner. Recueillir les urines de 7 heures à 10 heures. Au moment de se coucher vider sa vessie, flacon n° 4.

Avoir deux vases de nuit.

Si le malade se réveille pour uriner avant minuit, il utilisera le vase n° 1.

Après minuit, le vase n° 2.

Le matin en s'éveillant urine dans le vase n° 2, jusqu'à 8 heures du matin.

Les urines du vase n° 1 sont jointes au flacon n° 4.

Les urines du vase n° 2 constituent le flacon n° 5.

Le dosage de l'urée, de l'azote total, ainsi que celui du sucre, dans ces divers fractionnements, permet de se rendre compte de l'état du foie.

Dans les cas de glycosurie alimentaire, de diabète par insuffisance hépatique (GILBERT), on observe l'apparition du sucre dans les urines émises après les repas.

Dans les diabètes graves, dans le cas d'hyperhépatie (GILBERT), la glycosurie s'observe au maximum, dans les urines émises pendant les périodes éloignées des repas, flacon 3 et flacon 5.

Dans le premier cas, la glycosurie est influencée par le régime, il suffit de supprimer les aliments sucrés et farineux pour voir diminuer le sucre des urines, et même parfois observer sa disparition complète.

Ces malades semblent être justiciables du traitement par l'opothérapie hépatique.

Dans le second cas, le traitement échoue le plus souvent. Ces malades fabriquent du glucose avec tous les aliments : albuminoïdes, graisses; avec tous leurs tissus; ils sont

autophages, maigrissent et arrivent rapidement à la période de cachexie et de coma, avec *acétonhémie* intense.

L'*opothérapie hépatique* augmente leur glycosurie.

Il faut tenir compte dans le calcul des calories mises à la disposition du malade par le régime alimentaire prescrit, du déficit considérable occasionné par le sucre éliminé par les urines et qui, par conséquent, n'a pas été utilisé dans l'organisme.

1 gramme de sucre correspond à 4 calories 22 ; il faut donc ajouter à la ration une quantité d'aliments suffisante pour compenser ce déficit.

Voici, d'après A. Gautier, comme exemple, l'alimentation susceptible de compenser les pertes quotidiennes d'un diabétique, qui élimine 42 grammes d'azote urinaire total :

Aliments	Quantités	CONTENANT : *Albuminoïdes*	*Graisse*	*Hydrate de carbone*
Viande de bœuf ou de mouton.....	900gr	180	40,8	3,2
Pains de gluten.....	70	35		10,3
Légumes verts.....	300	16	2,7	13,0
Pommes de terre.....	60	0,8	0,07	12,0
Poisson.....	150	23	2,1	
Crème de lait.....	100	3,7	22,7	4,2
Beurre et graisses.....	100	1,0	85	0,7
Fromage.....	60	19	17	»
Vin.....	500cc soit 40gr alcool.			

Ce qui fait au total :

273gr,5 d'albuminoïdes.....	soit	1.121	calories
170gr,37 de graisses.....	soit	1.600	—
45gr,4 d'hydrates de carbone.....	soit	186	—
40gr d'alcool.....	soit	320	—
Cette ration fournit au malade.....		3.227	calories

Si l'analyse quantitative des urines révèle un déficit, c'est-à-dire une élimination d'azote supérieure à la quantité fournie par les aliments, il faut d'abord élever le taux des albuminoïdes, si, malgré cette augmentation, on constate encore un déficit d'azote, il faut alors relever le taux des aliments ternaires : *graisse, hydrates de carbone*. Car cette augmentation de l'élimination azotée montre que l'organisme fabrique des éléments ternaires aux dépens de ses albumines.

Pour permettre au praticien de formuler et varier le régime, nous croyons utile de donner quelques compositions des principaux aliments permis aux diabétiques :

100 GRAMMES D'ALIMENTS CONTIENNENT (1) :

	Albuminoïdes	Graisses	Hydrates de carbone	Energie en calories fournie à l'organisme par 100 grammes d'aliments
Viandes :				
Bœuf.....	20,96	5,41	0,46	155,56
Veau.....	18,88	7,41	0,07	163,43

(1) Extrait du *Précis de chimie physiologique* (Alcan, 1905).

	Albuminoïdes	Graisses	Hydrate de carbone	Energie en calories fournie à l'organisme par 100 grammes d'aliments
	—	—	—	—
Mouton	17,52	5,23	0,40	135,50
Porc	14,54	37,34		435,72
Jambon	15,98	34,62		415,97
Cheval	21,71	2,55	0,46	129,20
Lard	9,12	75,75		786,08
Foie de veau	17,66	2,39		108,14
Poulet	18,49	9,34	1,10	184,92
Dindon	24,70	8,50		201,86
Oie	15,91	45,59		524,15
Pigeon	22,14	1	0,76	119,27
Canard	23,80	3,69	1,69	157,53
Poissons :				
Crustacés et mollusques :				
Hareng	14,55	9,03		168,33
Maquereau	19,36	8,08		172,11
Morue sèche	81,54	0,74		398,64
Sole	17,26	0,81		90,78
Raie	22,08	0,45		110,41
Anguille	12,83	28,37	0,53	339,61
Brochet	18,35	0,66		96,55
Carpe	15,71	4,77		122,16
Truite	17,52	0,74		91,11
Homard	18,13	1,07		97,51
Huîtres	8,7	1,43		55,77
Moules	11,2	1,21		65,62
Œuf de poule	12,55	12,11	0,53	181,15
Lait	3,66	3,62	4,48	71,95
Crème	3,76	22,66	4,23	257,96
Beurre	0,80	86,4	0,18	851,32
Fromage Gervais	14.32	43,22		492,30
Fromage de brie et camembert	18,97	25,87	0,83	348,08
Gruyère	29,49	29,75	1,46	439,26
Légumes verts :				
Asperges	1,79	0,25	2,63	22,14
Chou	1,90	0,20	4,90	31,76
Chou-fleur	2,48	0,34	4,55	34,43
Haricot vert	2,70	0,10	6,60	41,79
Pois vert	3,20	0,40	6,00	44,60
Epinards	3,49	0,58	4,44	41,00
Laitue	1,40	0,30	2,20	18,94
Radis	1,2	0,10	3,80	22,77
Oignon	1,62	0,10	13,69	24,79
Champignon de couche	4,67	0,40	3,13	39,54
Cèpes	4,89	0,65	2,98	36,67
Amandes	24,20	53,70	9,00	680,40
Noix	15,77	57,43	13,03	693,49
Noisettes	17,41	62,60	7,22	717,51

Certains aliments sont permis par les uns, proscrits par les autres ; c'est le cas pour le

pain ordinaire, le pain grillé ; pour la pomme de terre, qui cependant est un bon aliment pour les diabétiques et sur lequel Mossé a eu le mérite d'attirer l'attention.

Lépine permet certains fruits peu riches en hydrate de carbone tels que l'abricot, l'orange.

Voici la composition de ces aliments discutés :

	Albuminoïdes	Graisses	Hydrate de carbone	Energie
Pain	7,06	0,46	52,56	260,20
Pommes de terre	1,30	0,15	20,0	92,11
Abricots	1,1		13,4	59,5
Oranges	0,8	0,2	11,6	52,8
Citrons	1,0	0,7	8,5	45,2

A côté et en outre du régime diététique, il convient d'instituer le traitement thérapeutique approprié. Ce traitement doit être essentiellement intermittent et surveillé par le médecin, qui doit suivre les indications et utiliser judicieusement tour à tour : l'antipyrine, les alcalins, l'arsenic et les cacodylates, les bromures, la valériane, les phosphates et glycérophosphates, l'opothérapie hépatique et pancréatique, ou l'arc voltaïque.

Le médecin doit cependant se rappeler, que le régime diététique doit former la base du traitement, et qu'il lui faut conduire son malade en évitant les deux écueils aussi redoutables de l'hypo et de l'hyperalimentation ; les dangers de l'*albuminisme* et ceux de l'*hyperglycémie*.

C'est pourquoi il lui faut formuler le régime alimentaire non seulement *qualitativement* mais encore *quantitativement*, en prenant pour base et guide les indications précises des analyses d'urines complètes, fréquemment répétées, correctement exécutées, et bien interprétées.

DU MODE D'ACTION DU RADIUM SUR LA CONJONCTIVITE GRANULEUSE

Par le Dr A. Darier,

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

L'action des rayons de Becquerel, comme celle des rayons de Rœntgen, a causé autant de surprise que de scepticisme ; mais là, comme toujours, ce sont les inexpérimentés qui ont le plus douté et le plus critiqué.

La vérité finit toujours par percer, et malgré toutes les critiques, on est forcé de reconnaître, à chaque nouvelle épreuve, que les radiations nouvelles offrent au médecin, qui a voulu se donner la peine de les étudier à fond, des ressources thérapeutiques que nous ne faisons encore qu'entrevoir et qui ont pourtant déjà bouleversé nos idées sur la prétendue incurabilité de certaines affections.

Sans revenir sur l'action aussi curieuse qu'intéressante de la radio-activité sur le sys-

tème nerveux central ou périphérique, dont nous avons parlé à plusieurs reprises à l'Académie de Médecine, sans revenir non plus sur les observations déjà si nombreuses d'épithéliomas superficiels améliorés ou guéris par le radium, je tiens à relater ici les expériences thérapeutiques si intéressantes qui viennent d'être faites à la Clinique ophtalmologique de Kœnigsberg par le Dr Thielemann. Cet auteur, pour bien nous montrer avec quel scepticisme il a entrepris ses expériences, nous dit : *Il semble que les différentes qualités que l'on attribue de côté ou d'autre au radium se contredisent toutes ; l'un le vante comme une panacée, l'autre ne lui accorde qu'une action thérapeutique très douteuse.*

Non, le radium n'est pas une panacée universelle, pas plus que le mercure, que l'opium ou que tant d'autres agents médicamenteux, qui répondent pourtant à une foule d'indications cliniques se retrouvant dans des processus morbides les plus variés. Combien multiples sont les indications de l'électricité ! Elles sont si nombreuses, que l'électrothérapie constitue aujourd'hui une vraie spécialité. La radiothérapie est encore dans l'enfance au point de vue des indications *médicales* très curieuses, mais que l'on perd trop de vue, ébloui que l'on est par l'action si merveilleuse de la radio-activité sur les néoplasies. Cependant ceux qui ont étudié et observé longuement et sans parti pris l'influence puissante des radiations sur le système nerveux savent bien que le temps n'est pas éloigné où il sera permis de fonder toute une thérapeutique sur ces nouveaux agents physiques.

Mais pour en revenir à des résultats plus tangibles et plus immédiats, nous avons affirmé et nous affirmons à nouveau que les rayons X, comme le radium, ont une action identique et puissante sur certaines néoplasies. Il faut avoir vu de ses yeux de nombreux lymphosarcomes fondre sous l'action des rayons X, il faut avoir vu des épithéliomas cutanés disparaître sans laisser de traces, après quelques applications de radium, pour bien comprendre l'importance thérapeutique des nouvelles radiations.

On discutera longtemps encore sur la durée de la guérison et sur les récidives possibles et probables, comme c'est le cas aussi pour l'exérèse chirurgicale ; nous n'en serons pas moins en possession d'agents d'une efficacité réelle ; dont les indications précises nous seront prochainement fournies par des examens cliniques et histologiques circonstanciés.

Le bistouri, la radiothérapie, la sérothérapie et les médications internes, loin de se concurrencer, sont appelés à se porter un mutuel appui, suivant les circonstances et les cas.

Déjà en 1903, j'avais fait des essais encourageants pour soigner la conjonctivite granuleuse par le radium, mais les rares cas que nous observons à Paris et leur bénignité relative ne m'avaient pas permis de conclure d'une manière absolue. Le Pr Cohn, de Breslau, a publié plusieurs cas de guérison qui ont été, il est vrai, très discutés. Je ne m'arrête pas aux résultats négatifs publiés, qui ne prouvent, en général, qu'une chose : c'est qu'on ne s'est pas mis dans des conditions identiques.

Il fallait être dans un pays riche en granulations et choisir un certain nombre de cas bien typiques, bien classiques et, si possible, vierges encore de tout traitement, de ces granulations bien délimitées, fermes, occupant les culs-de-sac et le cartilage tarse. Il fallait choisir des cas où l'affection fût d'intensité égale sur les deux yeux et en traiter un par le radium, tandis que l'autre servait de témoin.

C'est cette belle et intéressante expérience qu'a tentée le Dr Thielemann en choisissant

à la clinique de son maître le Pr Kuhnt six malades pris sur les 120 granuleux qui sont soignés journellement à Kœnigsberg, centre d'une région infestée de trachome.

Les formes sécrétantes ou compliquées de pannus plus ou moins scrofulo-granuleux se prêtaient peu à une expérimentation sérieuse, trois des malades choisis étaient vierges de tout traitement, les trois autres n'avaient encore subi qu'un traitement médical; aucun n'avait subi la moindre opération.

Pour que les conditions fussent aussi identiques que possible sur les deux yeux, l'œil non traité était exposé à l'air, paupières retournées pendant un temps égal à celui pendant lequel le radium était appliqué sur l'autre œil.

Les sujets choisis avaient de sept à vingt et un ans. La quantité de radium était de 2 milligrammes contenus dans un tube de verre (bromure de radium pur probablement), mais quelle épaisseur de verre? On ne le dit pas, et si un autre expérimentateur emploie un tube de verre plus épais avec des poses aussi courtes, il n'obtiendra rien et accusera le radium, alors que le verre seul est fautif; c'est pourquoi nous préférons les appareils à sels collés recommandés par M. Curie. Ce tube était mis en contact avec les paupières retournées pendant cinq, sept, puis dix minutes par jour.

La cornée et le globe oculaire, pour éviter toute crainte d'action nocive, étaient recouverts d'une coque de verre aussi riche que possible en plomb. (L'émail de Paris est la substance se laissant le moins pénétrer par les radiations.)

Aucun autre traitement ne fut appliqué, naturellement.

Le premier résultat, observé après sept ou huit jours d'applications journalières dans 4 cas, d'une manière presque identique, fut qu'à la paupière inférieure, le long du bord inférieur du cartilage, il y eut un aplatissement, un affaissement marqué des granulations; dans un cas même les granulations avaient à ce niveau complètement disparu sans laisser de traces.

Du côté de la paupière supérieure, les changements ne se montrèrent que du dixième au quinzième jour. Sur le bord saillant du cartilage tarse, les granulations apparurent plus petites, plus dures.

Les granulations perdirent d'abord leur aspect jaune rougeâtre, puis leur saillie diminua et leurs limites ne furent plus qu'à peine visibles. La conjonctive, de pâle qu'elle était, prit un aspect rosé à mesure que se rapetissaient les granulations qui peu à peu n'apparaissaient plus que comme de petits nodules durs et d'un rouge brunâtre, faisant à peine saillie à la surface de la conjonctive. Plus tard enfin, on remarquait à la place de la granulation une dépression manifeste, une sorte de fossette (Delle). Cette évolution régressive s'accompagnait toujours d'hypérémie conjonctivale, mais jamais de sécrétion.

Enfin de toute cette surface où se pressaient les unes contre les autres d'innombrables granulations, il ne restait plus que des stries et des plis infiltrés et plus ou moins durs sans une trace de granulations ainsi que T. put l'observer dans un cas au trentième jour.

Les granulations du fond des culs-de-sac furent plus lentes à disparaître ; mais celles qui restèrent les dernières de toutes furent celles des plis semi-lunaires qui même au quarante-sixième jour n'avaient pas encore complètement disparu. (Nous avons déjà noté ce fait de la résistance plus marquée et des granulations et de l'épithélioma au niveau de la caroncule.) Nulle part, l'épithélium conjonctival ne subit d'altération destructive,

jamais une granulation ne se vida de son contenu ; aucun sillon cicatriciel ne ses forma.

Du côté de l'œil non traité par le radium, la conjonctivite granuleuse suivit son cours sans être aucunement modifiée par le contact de l'air et de la lumière.

Pendant tout le temps du traitement aucun trouble ne fut noté du côté de l'œil excepté dans un cas où une poussée de kérato-iritis se produisit et disparut en sept jours san préjudice pour la vision et sans récidive.

Les mains de l'opérateur ne subirent aucune atteinte. On a, du reste, beaucoup exagéré les dangers des brûlures par le radium et elles sont au fond bien faciles à éviter, car il faut un contact direct avec la peau d'un quart d'heure au moins, pour qu'une rougeur se produise au bout de quelques jours, laquelle disparaît du reste assez rapidement.

Les seules brûlures graves ont été celles où, par oubli, un expérimentateur avait gardé sur lui pendant des heures une quantité assez considérable de radium.

Pour compléter ces intéressantes observations cliniques qui montraient de la façon la plus évidente la disparition macroscopique des granulations, il était désirable qu'un examen microscopique vînt établir un contrôle plus exact, plus scientifique. C'est ce que Thielemann a très bien compris.

Dans 4 de ces cas il excisa un lambeau de la muqueuse où après le traitement il restait encore l'infiltration manifeste dont nous avons parlé plus haut ; et sans vouloir tirer d'un nombre de cas encore aussi restreint des conclusions générales, il trouve des changements considérables comparativement à ce que sont les granulations typiques.

Ce qui frappe d'abord, c'est un manque absolu de toute granulation type ; à leur place on trouvait un épaississement des éléments fibrillaires avec disparition presque complète des *cellules de Villard* et des *corps nucléés de Leber* si abondants dans toutes les granulations. Enfin par places de petits grumeaux de cellules montrent seuls la place des granulations disparues.

Du côté de l'épithélium, son épaisseur varie beaucoup suivant les régions, elle peut être par places 3 ou 4 fois plus épaisse. Les vaisseaux sont plus nombreux et plus larges, mais au niveau des granulations atrophiées, les vaisseaux sont souvent obstrués par des leucocytes polynucléaires.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 février 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

M. Lumière, à propos d'une observation faite par M. Laumonier, concernant le *pourcentage des guérisons dans la tuberculose*, fait remarquer que les statistiques de M. Laumonier ne sont pas aussi justes qu'il semblerait à première vue. Elles nous apprennent que toutes les méthodes donnent à peu près le même pourcentage de guérisons. Or, les malades reçus dans les sanatoriums ne peuvent se comparer à ceux traités par d'autres méthodes, car on ne reçoit dans ces établissements que des tuberculeux au début, alors que la méthode plasmothérapique de M. Lumière a été appliquée à tous les tuberculeux indistinctement. Sur 118 malades traités ainsi 34 seulement eussent été admissibles au sanatorium. Si les chiffres de M. Lumière et ceux des sanatoriums sont identiques, cela parlerait évidemment en faveur de la première des deux méthodes, qui ne constitue du reste pas une médication spécifique de la tuberculose, mais un agent de reconstitution en cas de déchéance organique, quelle que soit la cause de la maladie.

M. Le Gendre trouve que la statistique de M. Laumonier a quelque chose de décourageant, car elle semble indiquer que les tuberculeux devraient être catalogués en cas guérissant d'eux-mêmes et en cas d'insuccès, quelle que soit la médication employée. Il faut espérer que tous les efforts faits jusqu'ici ont eu cependant un résultat un peu plus palpable que la statistique de M. Laumonier le ferait croire.

M. Robert Simon revient sur la question du *sérum marin de Quinton*. On a souvent prétendu qu'avec le sérum artificiel classique on obtenait des résultats identiques : on oublie qu'un groupe important de travaux démontre que cette opinion est erronée : la supériorité du sérum marin est établie d'une façon rigoureuse. Les expériences physiologiques de Quinton ont démontré que le sérum artificiel provoque une rétention des déchets organiques, alors que le sérum marin produit au contraire un lavage de l'organisme. Les globules blancs meurent dans le sérum artificiel, mais ils vivent longtemps dans le sérum marin. Les nouveau-nés débiles soumis aux injections de sérum artificiel augmentent moitié moins vite que ceux qui reçoivent du sérum marin : ce dernier, enfin, est souvent efficace, quand le sérum artificiel a échoué.

Ces faits sont définitivement acquis. En outre, des expériences physiologiques ont démontré que le sérum marin active le péristaltisme, alors que le sérum artificiel n'exerce aucune action de ce genre. L'orateur cite un cas de constipation opiniâtre datant de l'enfance, ayant résisté à 190 injections de sérum artificiel, et dans lequel des injections de sérum marin de 100, puis 200 centimètres cubes, ont permis l'obtention de selles spontanées dès la 10e piqûre. L'eau de mer représente un milieu de culture naturel pour les cellules organiques.

M. Le Gendre constate que ses propres essais n'ont pas paru confirmer les résultats annoncés par M. Quinton : le sérum marin ne paraît pas posséder de vertus spéciales, mais cela ne veut pas dire qu'il ne soit pas, dans beaucoup de cas, supérieur aux autres sérums. Il faudrait

mettre au point la question : en tout cas, la guérison d'une constipation opiniâtre datant de l'enfance, au moyen de quelques injections d'eau de mer, semble un fait bien étonnant.

M. LAUMONIER croit que les vertus thérapeutiques dont on a doté l'eau de mer sont le résulta d'une hypothèse que rien ne démontre. Depuis l'époque où tous les animaux vivaient dans la mer jusqu'aux temps actuels, les êtres qui vivent sur la terre ferme ont eu le temps de s'adapter à leur milieu nouveau : en outre la composition du sérum marin est beaucoup plus compliquée que celle du sérum artificiel, il n'est donc pas étonnant que le sérum marin donne des résultats différents et meilleurs que son congénère. Point n'est besoin d'échafauder sur ces résultats une théorie, si séduisante qu'elle soit : le sérum marin est plus minéralisé que le sérum physiologique, il peut donc exercer des effets complexes sur l'organisme.

L'orateur croit que l'on a exagéré les effets du sérum marin.

M. VAUDIN revient sur la *question de l'iodomaïsine*. On n'est pas renseigné sur le mode de fixation de l'iode, sur ses composés albuminoïdes, et rien ne prouve que l'iode tout entier soit fixé d'une façon identique sur la maïsine. En outre, l'iodomaïsine exerce une action thérapeutique en cas de syphilis tertiaire, ce qui a été démontré par ses expériences faites à Saint-Louis.

M. DUBOIS présente une note concernant l'*action de la haute fréquence dans la tuberculose pulmonaire*. Ces courants atténuent la virulence des bactéries : ils ne sont pas assez utilisés, et pourraient certainement rendre de grands services dans nombre de cas. L'orateur a étudié leur action dans la tuberculose pulmonaire, spécialement quand on trouve, sur les muscles de la paroi thoracique, des myalgies symptomatiques d'un processus tuberculeux intra-pulmonaire. Or, dans quatre cas, il est parvenu, en employant des effluves énergiques, à faire une révulsion énergique qui fit disparaître la myalgie et les lésions pulmonaires en même temps. Les séances doivent durer deux minutes : on les fait suivre d'une séance d'autoconduction.

M. LE GENDRE demande si l'orateur dispose de cas où la haute fréquence fut seule employée, en dehors de toute médication.

M. DUBOIS répond que les traitements antérieurs ont été continués, mais ils n'avaient produit aucun effet salutaire, alors que dès le début du traitement électrique, l'amélioration s'est manifestée et a continué sans arrêt. L'indication de l'emploi de la haute fréquence est constituée nettement, pour l'orateur, par l'existence des myalgies dont il a parlé, et qui se retrouvent très fréquemment chez les tuberculeux pulmonaires : or, le traitement électrique fait disparaître ces myalgies et agit concurremment sur les lésions pulmonaires sous-jacentes.

M. WEILL constate que l'autoconduction provoque de l'hypotension, alors que l'effluvation donne de l'hypertension. Il semble donc à l'orateur que M. Dubois aurait dû s'en tenir à la seule effluvation, puisque l'autoconduction ne pouvait qu'agir en sens inverse de celle-ci, qui donne des résultats excellents dans la tuberculose pulmonaire.

M. DUBOIS répond que l'effluvation énergique provoquant une forte révulsion, et souvent une réaction nerveuse marquée, il a pensé préférable de laisser ses malades quelque temps dans une atmosphère ozonisée pour diminuer leur hypertension exagérée et calmer leur système nerveux. Un malade eut même une hémoptysie après une séance d'effluvation : l'orateur a donc pensé être utile aux malades en les laissant pendant vingt minutes se reposer sur un lit condensateur.

M. HIRZ a eu l'occasion de reconnaître que l'ozone produit sur les tuberculeux des résultats déplorables.

M. DUBOIS répond que, chez ses malades, la quantité d'ozone qu'ils ont pu absorber était très faible.

M. CHEVALIER lit une note sur l'*action du phosphore sur la circulation*. Cette action s'exerce très nettement par l'intermédiaire du système nerveux central, et le phosphore n'a pas d'action élective sur les cellules organiques.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement du prolapsus rectal (*Soc. de chir.*, 10 janvier 1906). — Courte discussion sur le procédé de Thiersch (suture perdue au fil d'argent), qui est reconnu le meilleur chez les sujets âgés, à cause de sa simplicité, et la *recto-coccypexie*, qui a donné, chez un malade de M. Bazy, affligé d'un prolapsus énorme, une guérison parfaite et durable.

A. BENOÎT.

Traitement de l'invagination intestinale aiguë, par THOMAS GUTHRIE (*The Practitioner*, février 1906). — L'invagination intestinale aiguë peut dans des cas rares guérir spontanément, mais la mortalité est excessivement élevée dans les cas abandonnés à eux-mêmes qui se terminent par la péritonite, une auto-intoxication résultant de l'obstruction fécale ou de l'épuisement. Les seules méthodes efficaces de traitement, en dehors de la cœliotomie, est la réduction par insufflation avec ou sans manipulation externe. Certains injectent de l'air, d'autres du lait chaud. Le liquide est injecté lentement en un quart d'heure, tandis que la main presse sur l'abdomen pour éviter la surdistension et pour surveiller le retrait de la tumeur vers le cæcum. D'après D'Arcy Power, la capacité du côlon d'un enfant de cinq mois est de 300 cc., pour un enfant d'un an, de 550 cc. ; si on insuffle de l'air, on le fait par petites quantités successives.

La réduction est généralement possible quand on intervient de bonne heure. Plus tard elle réussit beaucoup moins et, si l'on est obligé de recourir à l'opération, la résistance du malade s'en trouve très affaiblie. D'un autre côté l'insufflation, même pratiquée de bonne heure et avec précaution, peut entraîner la rupture de l'intestin, dont on ignore la nature des lésions. La réduction peut n'être encore que partielle, quoique complète en apparence, et les accidents reprennent leur cours.

Pour que l'opération abdominale ait chance de réussir chez de tous jeunes enfants, il fau opérer rapidement. Le malade est anesthésié, la vessie est vidée ; la paroi abdominale nettoyée, on fait une incision sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic. Si cependant l'invagination est petite et siège dans la région iléo-cæcale, on peut inciser près de l'épine iliaque droite antéro-supérieure. Lorsque tout saignement est arrêté, on ouvre le péritoine et ont passe deux ou trois doigts pour sentir l'invagination et on en essaye la réduction *in situ*.

Si on réussit, on continue jusqu'à ce qu'on ait déroulé le dernier pouce, en examinant avec soin l'intestin. La réduction doit s'effectuer par expression du bout invaginé et non par traction. S'il se produit quelques déchirures superficielles, on les suture soigneusement avec de la soie fine. Dans les cas rares où l'invagination est associée à un néoplasme, celui-ci est enlevé à travers une incision longitudinale de l'intestin. Quand la paroi abdominale est refermée, les sutures doivent être faites avec un soin tout particulier.

Dans les cas où les essais de réduction ont été impossibles, mais où il n'y a pas de gangrène, l'opération de Jessett donnera les meilleures chances de succès, ou bien on excise toute la masse et on effectue la réunion par des sutures bout à bout et le bouton de Murphy. On peut encore recourir à un court circuit par une entéro-anastomose latérale sans toucher à l'invagination.

Dans beaucoup de cas cependant, l'état est tel qu'il faut faire une résection suivie de l'insertion du tube de Paul dans les deux bouts de l'intestin ; l'anus artificiel, alors établi, est fermé plus tard. Dans les cas les plus graves, on peut faire un anus artificiel sans résection.

Dans les cas de gangrène avec état grave, on peut enfin refouler un peu l'invagination et suturer les plaies de l'intestin au niveau du col de l'invagination, à l'endroit où les tissus sont sains, puis établir un anus artificiel au-dessus du point suturé. Il est probable que la lumière de l'intestin se rétablira ensuite par l'élimination de l'invagination.

Le traitement consécutif a une certaine importance. Après l'opération on fera une injection rectale de 60 grammes de lait chaud, puis des injections salines sous-cutanées. Du lait doit ensuite être donné avec une cuiller, même pour les enfants nourris au sein.

L. JUMON.

Remarques sur le traitement de la périty phlite aiguë, par GRASSER (*Munch. med. Woch.*, 23 janvier 1906). — La mortalité dans les cas graves de périty phlite, même opérés, est encore considérablement élevée. L'auteur l'estime à 20 p. 100 et résume son travail dans les conclusions suivantes : il n'est pas possible d'établir par l'examen clinique un diagnostic anatomique exact sur l'état de l'appendice et du péritoine.

Dans tous les cas sérieux, il faut procéder immédiatement à l'opération, le premier ou au plus tard le deuxième jour des accidents.

Lorsqu'on pratique cette opération précoce on trouve souvent que le processus est localisé dans l'appendice, qu'il est alors facile d'enlever, cette opération étant sans danger avec une bonne technique. L'opération est beaucoup plus difficile déjà le troisième jour : les chances sont beaucoup plus défavorables, car le péritoine est gravement intéressé, l'intoxication est considérable et il y a un commencement de paralysie intestinale. Même les cas les plus légers doivent être observés de très près, de manière à intervenir aussitôt que l'amélioration commencée s'arrête ou qu'il se produit quelque aggravation. Un symptôme défavorable a une valeur beaucoup plus grande que dix symptômes favorables. Les purgatifs doivent être absolument rejetés. On doit donner de l'opium seulement lorsqu'on est éclairé sur la gravité de la maladie. Parmi les symptômes qui indiquent une maladie sérieuse, l'auteur donne la sensibilité à la pression étendue du ventre avec tension diffuse des muscles de la paroi abdominale.

L. JUMON.

Appendicite pelvienne, traitement, par GREY TURNER (*The Practitioner, février* 1906). — Il n'y a pas de différence essentielle entre l'appendicite qui se développe dans le bassin et celle qui se produit dans une autre région de la cavité abdominale : mais dans le premier cas elle peut affecter certains organes importants. L'auteur distingue les cas légers, les cas graves avec pelvi-péritonite, les cas graves avec abcès pelviens, les cas d'aspect insolite; puis il étudie l'obstruction intestinale comme complication ou séquelle de l'appendicite pelvienne.

Dans les cas qui se présentent pour être opérés dans l'intervalle des accès, la seule difficulté est d'atteindre l'appendice quand il est profondément situé dans le bassin. Lorsqu'il est libre d'adhérences, il peut rapidement être saisi à travers une incision; mais dans d'autres circonstances il faut d'abord le découvrir. L'incision oblique dans la fosse iliaque, parallèle à l'extrémité externe du ligament de Poupart, convient très bien pour cela et permet un bon drainage; s'il est nécessaire dans quelques cas, la position de Trendelenburg est d'un grand secours. Dans les cas d'abcès pelviens surgit la question du drainage abdominal ou du drainage pelvien. Les observations d'opérations par la voie abdominale condamnent cette méthode, tandis que l'autre a donné des résultats satisfaisants. L'auteur pense qu'il vaut mieux anesthésier à moins que l'abcès soit sur le point de s'ouvrir. Le malade est placé dans la position de la lithotomie avec un oreiller ou un coussin dur sous le bassin. La vessie est vidée et au besoin on peut se servir d'une sonde métallique qu'on laisse dans l'urèthre comme guide. Après avoir nettoyé l'anus, il est très utile d'appliquer le spéculum rectal de Kelly du modèle le plus court, qui permet d'arriver sur la saillie de l'abcès. Une aspiration exploratrice faite avec la seringue démontre la présence du pus et on élargit l'ouverture avec une pince. Le drainage est assuré de préférence par un tube de caoutchouc d'un demi-pouce de diamètre passé à deux pouces de profondeur dans la cavité et ressortant d'un pouce hors de l'anus auquel il est fixé par une suture de catgut. Il n'est pas nécessaire de faire une injection dans la cavité. Pendant les jours suivants il est mieux d'élever la tête du lit. Le tube peut habituellement être enlevé au bout d'une semaine et la plupart des patients ont quitté l'hôpital au bout de 11 à 14 jours.

Le traitement varie un peu lorsque l'abcès est consécutif à un abcès de la fosse iliaque droite; si l'abcès pelvien fait saillie dans le rectum, il est mieux de l'ouvrir par cet endroit, ce qui peut être suffisant pour drainer la collection de la fosse iliaque. L'appendice pourra alors être enlevé au bout de quelques semaines. Si l'abcès pelvien ne fait pas saillie

dans le rectum et ne peut être convenablement drainé par cette voie, l'opération doit être faite par en haut. Le drainage du bassin peut habituellement être effectué par un gros tube remontant sur le bord du bassin et entouré de gaze : le patient pendant le traitement se tourne sur le côté malade. Lorsqu'après avoir ouvert l'abdomen dans la fosse iliaque droite, on trouve une collection de pus dans le fond du bassin, il faut faire un drainage combiné, ce qui se fait toujours avec succès par le vagin chez les femmes.

L'ablation de l'appendice dans les cas d'abcès pelviens doit se faire deux ou, trois semaines après l'ouverture de l'abcès, ou, si la guérison après l'ouverture de l'abcès est complète, il faudra prévenir le patient de la nécessité d'enlever l'appendice au moindre retour de ses accidents antérieurs.

L. JUMON.

Traitement chirurgical de la cirrhose du foie avec ascite, par FORBES HAWKES (*Med. Rec.*, 9 décembre 1905). — L'opération de Talma a été faite dans un nombre assez considérable de cas pour pouvoir espérer apporter un soulagement permanent à certains malades dont l'ascite exige des ponctions répétées. Les avantages pourraient très bien s'étendre aux cas de cirrhose avec hémorragies intestinales, gastriques ou œsophagiennes ou même aux cas accompagnés de troubles gastriques sans hémorragie. L'opération de Talma comprend les procédés suivants : ouverture de la cavité abdominale et évacuation du liquide ascitique, scarification de la tunique péritonéale du foie, de la rate et du grand épiploon et des surfaces péritonéales opposées, de manière à pouvoir établir entre ces organes et le péritoine des adhérences vasculaires étroites. Ensuite fixation du grand épiploon aux tissus de la paroi abominale antérieure, de façon que les vaisseaux puissent s'aboucher : tous ces temps contribuent à rétablir la circulation collatérale. Certaines précautions opératoires et post-opératoires semblent être essentielles au rétablissement étendu de la circulation collatérale, ce sont : une dénudation très complète de la surface des plans vasculaires qui sont destinés à assurer cette circulation ; la parfaite coaptation de la surface dénudée du grand épiploon avec la paroi abdominale antérieure ; l'affrontement de toutes les surfaces préparées jusqu'à ce que les adhérences intimes puissent s'établir. Il faut donc que le liquide ascitique ne puisse se collecter entre ces plans, ce que l'on obtient surtout par la compression de la partie supérieure de l'abdomen à l'aide d'une application de sparadrap après l'opération et par un bon drainage pelvien continué pendant quelque temps, le drain ressortant juste au-dessus de la vessie. Ce drainage doit être entretenu pendant trois à quatre semaines, en prenant des précautions contre l'infection. Il est parfois nécessaire de faire des ponctions après l'opération pour éviter toute distension même modérée ; il ne faut d'ailleurs pas prétendre à ce que l'ascite cesse immédiatement après l'opération. L'auteur cite un cas qui montre que, même dans les cas extrêmement avancés de cirrhose atrophique, la simple fixation de l'épiploon peut être suivie d'un soulagement marqué des symptômes, sinon d'une guérison complète.

L. JUMON.

Cholécystectomie avec 27 observations, par F. ERDMANN (*Med. Rec.*, 9 décembre 1905). — Dans beaucoup de vésicules biliaires, le canal cystique est obturé par des calculs, des exsudats, etc., de sorte que la fonction de l'organe comme réservoir est supprimée depuis des mois et des années. Aussi lorsqu'on se trouve en présence d'un cas de cholécystite ou d'affection de la vésicule biliaire sur lequel le temps ne peut agir, ou lorsque cette affection menace la vie, l'indication est d'enlever l'organe. La cholécystectomie a été considérée comme opération de choix seulement dans les cas de gangrène ou de tumeur maligne de la vésicule. Mais l'auteur a élargi ces indications. Il relate ainsi les résultats de 27 cholécystectomies dans des cas simples ou compliqués, en appelant l'attention sur ce fait qu'on n'a pas attendu que l'infection disparaisse en faisant une cholécystotomie préalable, ni aucun traitement local. Les cas les plus graves d'infection ont évolué aussi bien, sinon mieux, que ceux dans lesquels il n'y avait que peu d'inflammation. Les résultats montrent qu'on peut faire très bien la cholécystectomie pendant la période active d'infection et l'ablation complète de la vésicule est une très bonne pratique.

La convalescence est beaucoup moins longue que lorsqu'on fait simplement la cholécystotomie, et les opérations secondaires sont beaucoup moins rares.

Les indications opératoires sont les suivantes : perforation par traumatisme, altérations autres que celles produites par l'abcès ou gangrène, oblitération ou rétrécissement du canal cystique, cholécystite chronique avec épaississement des parois, atrophie, gangrène, suppuration aiguë, distension, adhérences, contraction en sablier, cholécystite chronique ou à répétition, lithiase biliaire et affections malignes.

Les contre-indications données par l'auteur sont les suivantes : vésicule biliaire d'apparence saine dans la lithiase biliaire et la péricholécystite, perforation et ouverture dans un viscère lorsqu'il est difficile de fermer l'anastomose, perforations dans la variété suppurative lorsque les adhérences sont très étendues et que la vie est mise en danger par une intervention radicale, affection maligne étendue, et les cas dans lesquels une opération urgente est indiquée pour sauver l'existence. L'auteur préconise l'opération de cholécystectomie pour sa simplicité, la diminution de durée de la convalescence, l'élimination d'opérations secondaires. L. JUMON.

Méthode de cathétérisme de l'œsophage, par ADAM (*Soc. méd. de Hambourg*, 12 décembre 1905). — L'auteur se sert d'une sonde œsophagienne sans yeux : on la remplit de mercure et on la bouche solidement avec un bouchon. La sonde glisse par sa propre pesanteur sans autre manœuvre dans un œsophage normal, mais tant que la sténose n'est pas très serrée la sonde pénètre sans effort. Le plus souvent l'auteur a employé ce mode de cathétérisme dans les rétrécissements cancéreux. Chez un malade atteint de cancer œsophagien, on voit un bol de bismuth s'arrêter au-dessus du diaphragme à l'examen radioscopique. Le cathétérisme pratiqué avec une sonde ordinaire molle, fenêtrée, du n° 11, ne réussit pas, tandis que la sonde à mercure du même calibre s'enfonce facilement. Le malade qui ne pouvait avaler les liquides qu'avec peine a pu bientôt prendre des aliments en purée. Jusqu'à présent, depuis sept mois, le cathétérisme pratiqué tous les jours a réussi à maintenir le rétrécissement ouvert. Cette sonde a été employée dans un cas seulement de spasme de l'œsophage. L'introduction de la sonde ordinaire n'a pu réussir dans ce cas tandis que la sonde à mercure a pénétré à la première tentative. Il a suffi de quelques séances pour guérir le malade. Il a été facile de se convaincre par l'examen radioscopique que la sonde avait réellement franchi la sténose et pénétré dans l'estomac. L. JUMON.

Contribution au traitement des diverticules de l'œsophage, par LOTHEISEEN (*Munch. med. Woch.*, 9 janvier 1906). — Le meilleur moyen d'obtenir la guérison permanente d'un diverticule de l'œsophage est aujourd'hui l'extirpation. Mais cette méthode qui n'est applicable qu'aux diverticules placés aux limites de l'œsophage comporte une mortalité de 18 % sur 39 opérations qui ont été faites. Cependant la technique a fait depuis de grands progrès et les résultats se sont améliorés. Malheureusement il n'est pas toujours possible de faire l'extirpation totale. Si d'autre part l'alimentation par la sonde ne peut s'effectuer, il ne reste qu'à faire la gastrostomie pour sauver le malade de la mort par inanition. Mais les malades au bout d'un certain temps s'affaiblissent ou succombent à des complications, de sorte qu'on en arrive toujours à proposer l'extirpation du sac.

Si l'on est obligé d'éviter une opération il ne reste plus que le traitement par la sonde. Berkhan a obtenu un résultat excellent qui s'est maintenu pendant dix-neuf ans avec le seul traitement par le cathétérisme. Le bout de la sonde dont il se servait était un peu courbé comme dans la sonde de Mercier. Le résultat thérapeutique fut obtenu au bout de quatre mois après 71 cathétérismes. Le malade succomba dix-neuf ans plus tard à une pneumonie et on trouva le diverticule très atrophié.

On peut amener le diverticule à diminuer en dilatant peu à peu la lumière de l'œsophage aux dépens du sac. On peut espérer ainsi que les aliments passent plus facilement dans l'œsophage que dans le diverticule. Pour cette dilatation progressive l'auteur se sert d'une sonde spéciale. C'est une sonde anglaise n° 12 qui est pourvue d'un trou latéral à 20 centimètres environ de son extrémité. Pour augmenter la solidité de la sonde à cet endroit dangereux on la renforce en y enroulant un morceau de sparadrap qu'on perce au niveau du trou. Cette région de la sonde est alors comprise dans un manchon de caoutchouc que l'on fixe à la sonde en haut et en bas par plusieurs tours de fil de soie. Le bout extérieur de la sonde est pourvu d'une poire de caoutchouc, de sorte que le manchon fixé sur la sonde se dilate en forme de cylindre lorsqu'on insuffle de l'air avec la poire. Ce traitement par la dilatation a été appliqué à un homme de soixante-treize ans atteint depuis longtemps de troubles de la déglutition. Après quelques cathétérismes ordinaires, la dilatation fut assez grande pour permettre l'introduction de la sonde à manchon et de pratiquer la dilatation par insufflation. On put ainsi porter le diamètre de l'œsophage à 26 millimètres de diamètre sans que le malade éprouvât des douleurs ou des symptômes pénibles. La déglutition s'est beaucoup améliorée et on peut admettre que le diverticule a beaucoup diminué de volume. En tout cas la lumière de l'œsophage est plus grande que l'orifice d'entrée du diverticule. Le résultat obtenu persiste depuis plus de six semaines et on peut espérer qu'il durera plus longtemps.

L. JUMON.

Nouvelle méthode d'opération pour la rétraction de l'aponévrose palmaire, par W. KEEN (*Am. J. of the med. sc.*, janvier 1906). — Il y a deux ans, l'auteur avait opéré une femme âgée de soixante-six ans, pour une rétraction de l'aponévrose palmaire de la main gauche, en incisant les points les plus saillants des ligaments et en enlevant par la dissection les brides de l'aponévrose. Depuis, l'affection s'est développée sur l'autre main et elle a presque complètement récidivé sur la main gauche. Aussi, l'auteur a-t-il décidé d'opérer suivant un nouveau plan. Après avoir pratiqué l'anesthésie locale par infiltration, il mit à nu les nerfs médian et radial dans lesquels il injecta quelques gouttes de la solution anesthésique. Il disséqua alors un lambeau cutané correspondant aux lésions sous-jacentes, puis le détacha de l'aponévrose et enleva les bandes de tissu fibreux. La plaie se réunit par première intention. La malade quitta l'hôpital ayant des mouvements presque normaux des doigts.

Dans ce cas particulier, la diffusion des nodules sur le centre de l'aponévrose n'aurait pas permis à une dissection ordinaire des bandes fibreuses de donner un bon résultat : aussi l'auteur s'est-il décidé à enlever toute l'aponévrose palmaire. Mais pour ménager les vaisseaux nourriciers à la peau disséquée, sur une large étendue un point fut laissé adhérent, de sorte que les bandes fibreuses furent enlevées en passant l'instrument sous un pont de peau

L. JUMON.

Deux cas de maladie de Dupuytren chez des diabétiques, guéris par les injections de thiosinamine (fibrolysine) (*Therap. Monatshefte*, janvier 1906). — FISCHMACHER cite un premier cas, concernant un malade non diabétique dans lequel on fit à droite une opération qui donna peu de résultats. A gauche, on injecta dans l'avant-bras tous les jours, pendant cinquante jours, une seringue de Pravaz de la solution suivante :

Thiosinamine.....	2	grammes.
Glycérine.....	4	—
Eau distillée.....	14	—
Us. ext.		

Le résultat fut bien meilleur qu'à droite.

Pour les deux diabétiques, 40 injections n'amenèrent aucune modification; chez un autre, on fit les injections dans la région fessière, et, comme elles étaient un peu douloureuses, on se servit de fibrolysine, qui a l'avantage d'être indolore (Voir cette Revue, 1905, p. 214). L'effet thérapeutique fut remarquable : la mobilité des doigts est redevenue presque normale après 19 injections de fibrolysine.

Ce traitement n'exclut pas les exercices de mobilisation.

E. VOGT.

Sur les anesthésiques généraux et leur administration, par REGINALD ALDERSON (*The Brit. med. J.*, 13 janv. 1906). — S'occupant d'abord du protoxyde d'azote, l'auteur fait ressortir les avantages de l'emploi de l'oxygène ou de l'air en même temps que le gaz, afin d'éviter la cyanose, l'excitation et d'autres troubles qui surviennent quand le gaz est donné pur. On obtient de cette manière une anesthésie plus prolongée et meilleure pour les vieillards et les enfants. Dans les appareils combinés pour l'administration du protoxyde d'azote et d'oxygène, un robinet à trois voies permet de passer de l'un à l'autre à volonté.

Avec le chloroforme la mortalité est encore considérable, bien qu'elle ne soit encore que de 1 p. 3.000. Sur ce nombre la moitié des cas de mort surviennent avant le commencement de l'opération et dans un grand nombre de cas le cœur a été trouvé complètement sain à l'autopsie. Il faut remarquer que dans ces cas l'abaissement de la pression sanguine précède toujours l'arrêt respiratoire. Les difficultés pendant le chloroforme peuvent être rapportées soit à l'asphyxie soit à l'action toxique du chloroforme. L'idiosyncrasie joue un certain rôle, tandis que certaines interventions chirurgicales ont une tendance marquée à déprimer les réflexes respiratoires. La période du début est sans conteste la plus dangereuse. En ce qui concerne l'éther préparé avec l'alcool rectifié, il ne semble pas posséder d'avantage réel sur celui qui est préparé avec l'alcool méthylique. La proportion des cas de mort avec cet éther n'est que de 1 p. 16.000, et encore les cas sont-ils plutôt attribuables à l'opération qu'à l'anesthésique. La pneumonie lobaire survient quelquefois après l'éther; de sorte qu'on a pu avec avantage commencer par l'éther et continuer par le chloroforme dans les opérations longues. Le chlorure d'éthyle est le meilleur anesthésique pour les opérations de courte durée, mais il est inférieur au protoxyde d'azote au point de vue de l'innocuité et ses effets secondaires sont plus prononcés. Le somnoforme et le bromure d'éthyle n'ont pas d'avantages sur le chlorure d'éthyle. Celui-ci est parfois dangereux et ne doit pas être administré sans distinction à la place du protoxyde par des personnes inexpérimentées. Les mélanges éther chloroforme permettent d'éviter certains inconvénients de l'un et de l'autre, tandis que la

proportion des cas de mort tient une place intermédiaire.

L. JUMON.

Sur l'anesthésie médullaire, par LŒFFLER (*Munch. med. Woch.*, 9 janv. 1906). — Les accidents qui accompagnent la rachicocainisation s'expliquent par la toxicité de la cocaïne : aussi a-t-on cherché un anesthésique moins toxique et aussi énergique. La stovaïne remplit ces conditions. L'auteur l'emploie en solution à 4 p. 100 et y ajoute 0,01 p. 100 de suprarénine, ce qui diminue encore la toxicité et augmente la durée de l'anesthésie. Si l'on veut obtenir une anesthésie complète et suffisamment prolongée, il faut observer scrupuleusement les conditions de la technique indiquée par Bier. L'anesthésie s'est produite au bout de trois à cinq minutes dans les membres inférieurs et le tiers inférieur de l'abdomen; il survient en même temps une sensation de pesanteur dans les membres: les malades sont dans l'impossibilité de remuer au bout de deux autres minutes. La durée de l'anesthésie a été en moyenne de cinquante minutes, au minimum de vingt-cinq minutes, au maximum de cinq quarts d'heure. Quatre patients n'ont rien ressenti de particulier, les cinq autres ont éprouvé des phénomènes variables. Pendant deux jours un sujet opéré pour des hémorroïdes a eu des vomissements, puis des douleurs de tête, mais il avait reçu 10 centigrammes de stovaïne et en outre avait été placé le bassin élevé. Un second malade éprouva, immédiatement après l'injection, des contractions dans le membre gauche dans lequel l'anesthésie persista plus longtemps qu'à droite. Ici l'aiguille avait glissé en dehors de la ligne médiane. Un autre patient éprouva des malaises qui se dissipèrent rapidement après l'ingestion de cognac. Dans le quatrième cas l'anesthésie n'a duré que vingt-cinq minutes parce qu'on a injecté la stovaïne avant que le liquide cérébro-rachidien se fût écoulé. Le patient eut aussitôt après l'opération un accès épileptique qui doit être attribué au shock psychique. Il en fut de même dans le cinquième cas.

Il résulte de toutes ces observations que l'on ne doit pas dépasser la dose de 0,04 de stovaïne, que la piqûre doit être exactement faite sur la ligne médiane et que l'on ne doit pas élever le bassin après l'injection chez tous les malades.

L'anesthésie médullaire présente certains avantages sur l'anesthésie par inhalation. On peut alimenter les malades avant et aussitôt après l'opération, ce qui est très précieux chez les sujets affaiblis; les mouvements réflexes font défaut dans les opérations d'hémorroïdes et du bassin chez la femme.

L. JUMON.

L'anesthésie locale. Les résultats et son champ d'action, par le Pr BRAUN (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 janvier 1906). — L'auteur rappelle qu'une condition importante pour éviter l'intoxication est la limitation de la résorption interstitielle (adrénaline et ses congénères).

L'anesthésie locale rend de grands services dans toutes les interventions concernant la face et le cuir chevelu. Au cou, la trachéotomie et les opérations concernant les ganglions cervicaux seront justiciables de la méthode, alors que le goitre lui échappe dans la plupart des cas. Les résections costales, l'enlèvement de tumeurs circonscrites de la mamelle, se font aisément, mais l'aisselle constitue une région peu favorable. La gastrostomie et l'entérostomie, les tumeurs de la paroi abdominale sont du domaine de l'anesthésie locale, ainsi que la hernie chez un sujet maigre : l'anesthésie médullaire peut ici, du reste, rendre de plus grands services encore. Les organes génitaux sont un terrain très favorable : pour la région scrotale, il faut anesthésier le cordon au sortir de l'anneau inguinal. L'anesthésie locale convient fort bien à la région anale, à l'exception des abcès qui peuvent s'y former.

La main peut être très commodément anesthésiée par infiltration, ainsi que les doigts : l'auteur pratique grâce à elle nombre d'opérations dans la région, y compris la réduction de luxations. Les mêmes remarques s'appliquent au pied.

Pour les injections dans les tissus, l'auteur donne la préférence à la novocaïne combinée à l'adrénaline, ou à la cocaïne.

L'état psychique des patients est à considérer. Les enfants et les adultes à caractère infantile ne doivent pas être soumis à l'anesthésie locale; celle-ci ne devra pas non plus être tentée, même chez des sujets à système nerveux bien équilibré, si l'on a à exécuter une opération de longue durée, avec délabrements importants.

En résumé, la méthode est aujourd'hui arrivée à un perfectionnement technique tel, qu'on ne saurait lui assigner des règles immuables, s'appliquant à tous les cas ou à peu près. Les chirurgiens qui la pratiquent depuis longtemps font varier le mode d'application à chaque nouveau cas pour ainsi dire, et une connaissance approfondie de l'innervation du terrain opératoire est indispensable.

E. VOGT.

La stérilisation des instruments de chirurgie dans une solution sodique de formol, par M.-A. ZAOUSSAÏLOV et E.-V. TÉLITCHENKO (*Vratchébnaya Gazeta*, 1905, n° 49). — Pour stériliser, à froid, les instruments de chirurgie, il suffirait, d'après les auteurs du présent mémoire, de les laisser séjourner, pendant quinze minutes au moins, dans une solution de formol à 5 p. 100, additionnée de 1 p. 100 de soude. On pourrait laisser indéfiniment les instruments dans ce liquide qui ne les détériore en aucune façon. Ce procédé, dont l'efficacité a pu être vérifiée aussi bien cliniquement que par des expériences bactériologiques, résoudrait, d'une façon très simple, le problème de la désinfection des rasoirs que les coiffeurs devraient tenir constamment immergés dans ladite solution.

V. DE HOLSTEIN,

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

La mastication comme méthode de traitement dans les maladies chroniques, par MONTENNIS et PASCAULT (*Journal des praticiens*, 20 janvier 1906). — Les auteurs font ressortir qu'en mâchant bien les aliments, on arrive à manger moins sans souffrir de la faim, car l'estomac, avec des aliments bien broyés, se déclare vite satisfait. L'appareil digestif se repose ainsi, les risques d'auto-intoxication sont diminués. On peut en outre, de cette façon, digérer des aliments (salade, etc.) indigestes, et l'on peut enfin se rationner sans que l'état général en pâtisse.

La mastication prolongée ne s'apprend qu'à la longue : au petit déjeuner du matin, on *mâchera* son lait la bouche fermée, en le brassant avec la langue 10 à 20 fois de suite; le pain sera mâché pendant dix secondes au moins. Aux grands repas, on mastiquera méthodiquement, surtout les aliments contenant de l'amidon.

Au cours des repas, on boira peu, à petites gorgées.

Chez les distraits, les névropathes, les déprimés, il faut une surveillance réciproque entre gens mangeant à la même table.

E. VOGT.

Traitement de la constipation habituelle par les agents physiques, par TOBIAS (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 5 février 1906). — A. *Constipation atonique.* — Il faut exciter les fonctions digestives, recommander le képhir, le pain noir, les fruits, le café, la salade, etc. En outre, il faut, par les agents physiques, agir sur la constitution autant que sur l'intestin. L'auteur recommande un séjour de sept minutes dans le bain de lumière électrique (40 à 45°), suivi d'un demi-bain à 28°, en descendant à 24° même à 18°, en cours de traitement.

Le *massage abdominal* devra durer dix à vingt minutes ; l'auteur n'estime pas que le massage vibratoire soit un progrès dans ce domaine.

La *gymnastique de chambre* bien faite vaut le massage : il est nécessaire que le médecin dirige les premiers exercices.

L'*électricité* ne donnerait pas, pour l'auteur, de résultats bien marqués.

La *cure thermale* est en général contre-indiquée, car elle augmente souvent les accidents.

B. *Constipation spasmodique.* — Elle constitue pour l'auteur la moitié des cas environ. On évitera d'exciter l'intestin par un régime trop substantiel. Comme *hydrothérapie*, il faut recommander les enveloppements humides généralisés (24°, durée trente minutes, au début : peu à peu on arrive à 18° et une heure et demie). On termine par une douche en pluie à 22°. Le *massage* et l'*électricité* sont contre-indiqués, la *gymnastique* n'a pas grande valeur ; le repos vaut mieux que le mouvement.

Les purgatifs sont absolument nuisibles, tandis que les grands lavements (1 à 2 litres) d'eau chaude, avec pression faible, donnent d'excellents résultats.

Dans l'atonie, il est bon de faire des pauses en cours de traitement, alors que dans la constipation spasmodique il faudrait bien se garder d'une pareille pratique.

E. VOGT.

Régime et traitement fonctionnels dans les maladies du foie, par A. ROBIN (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 janvier 1906). — Quand les fonctions hépatiques sont accrues, le *régime lacté absolu* s'impose comme base de tout régime.

C'est le cas dans la *cirrhose hypertrophique biliaire* dans laquelle les cellules hépatiques sont intactes, quelquefois même hypertrophiées par fonctionnement exagéré. Un régime modérateur s'impose alors, et le lait réunit dans ce cas l'unanimité des suffrages.

Les *congestions actives du foie* réclament aussi le régime lacté absolu.

La *glycosurie temporaire*, irrégulière, minime, n'existant que dans l'urine de la digestion, manquant dans l'urine du jeûne, constitue

un retentissement hépatique dans 3 p. 100 des cas de dyspepsie hypersthénique. Cette glycosurie peut, à la longue, devenir permanente et se transformer en un *diabète vrai*.

Cette glycosurie est liée à une suractivité fonctionnelle du foie; le régime lacté absolu est le meilleur traitement qu'on puisse opposer, soit à cette glycosurie, soit au diabète qui la suit dans quelques circonstances.

Si l'on a affaire à un lithiasique avec de fréquentes crises de coliques demeurant cystiques et n'aboutissant pas à l'expulsion des calculs probablement trop volumineux, et que la malade se refuse à l'opération, ou si l'état du sujet ne permet pas de la pratiquer sans danger, il y aura lieu de supprimer les repas, et d'alimenter le sujet avec de très petites doses de lait écrémé fréquemment renouvelées, afin de diminuer, autant que possible, l'excitation réflexe de la sécrétion biliaire : on réduira cette sécrétion à son minimum, ce qui diminuera d'autant les chances de mobilisation des calculs et permettra à la vésicule biliaire de les incarcérer définitivement en se rétractant peu à peu sur eux.

A plusieurs reprises, l'auteur a réalisé avec succès ce mode de traitement fonctionnel par l'alimentation, en y associant les agents médicamenteux modérateurs de la sécrétion biliaire.

De même, dans les *cholécystites* et les *angiocholites calculeuses*, où l'on doit réduire au minimum le travail de la vésicule et des voies biliaires, le régime lacté s'impose aussi avec l'obligation des petites prises fréquemment répétées.

Par contre, il sera fréquemment utile d'accélérer cette sécrétion pour faciliter et provoquer, au besoin, la mobilisation de petits calculs vésiculaires. Dans ce cas, l'usage du lait sera interdit.

Quand une lésion matérielle atteint le foie dans ses œuvres vives, ainsi qu'il arrive dans les *hépatites aiguës* et dans l'*ictère grave*, la diète hydrique au début, et peu à peu l'introduction du lait étendu d'une eau minérale inerme ou de l'eau pure, diminueront le travail de l'organe enflammé ou en voie de dégénérescence aiguë.

Le régime lacté est nécessaire aussi en cas de *foie cardiaque*, parce que l'insuffisance n'y est que secondaire au fonctionnement troublé du cœur droit. Quand les accidents de congestion passive du foie persistent après l'amélioration de l'état asystolique du cœur, on continuera le régime lacté, en y joignant la médication cadio-tonique pour améliorer indirectement la circulation hépatique, puis la médication déplétive, telle qu'émissions sanguines locales ou générales, purgatifs drastiques, diurétiques directs.

E. Vogt.

Principes de thérapeutique médicamenteuse des affections du foie, par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 janvier 1905). — L'auteur constate qu'il existe des *agents médicamenteux stimulants* et des *agents dépressifs* de l'activité fonctionnelle du foie.

Les *stimulants de l'activité hépatique* et surtout de l'activité biliaire sont dans l'état actuel de la science : le calomel à haute dose, le benzoate et le salicylate de soude, la bile, l'évonymine, le boldo, le phosphate de soude, l'aloès, la gomme-gutte, le jaborandi, les eaux de Vittel, Contrexéville, Martigny, etc. Le glycérophosphate de soude, le pyramidon, sont des stimulants de l'activité hépatique elle-même.

Les *sédatifs de l'activité hépatique* seraient : le calomel à petite dose fractionnée, les opiacés, la belladone, l'acide arsénieux, l'antipyrine, la valériane, le bicarbonate de soude, l'iodure de potassium, les sels de lithine, les bromures, etc.

Mais l'auteur estime que cette liste demanderait à être vérifiée pour beaucoup des médicaments qu'elle contient : il y aurait aussi lieu de vérifier si quelques-uns d'entre eux ne limitent pas leurs effets à une des fonctions particulières de l'organe hépatique.

E. Vogt.

La syphilis du foie, son traitement, par J. Milhit (*Gaz. des hôpitaux*, 20 janvier 1906). — Malgré la multiplicité des formes de la syphilis hépatique le traitement, on le conçoit, ne varie guère, et voici comment l'auteur dans une revue générale entend ce traitement. Le traitement de la syphilis hépatique se résume en un traitement mercuriel intensif (injection de biiodure) et en l'association d'iodure à haute dose. Quelques auteurs ont recommandé l'application de pommade mercurielle sur le foie. Sous l'influence du traitement spécifique, les congestions légères, les ictères simples disparaissent assez rapidement, dans l'ictère grave le traitement est sans aucun effet. Dans les cirrhoses on peut obtenir des réductions considérables du volume de l'organe ; mais bien souvent le traitement est impuissant à enrayer la lésion ou à la modifier, soit parce qu'il est trop tard et que la sclérose est trop organisée, soit qu'il s'est déjà développé des infections secondaires. Le traitement mercuriel devra être poursuivi longtemps et l'insuccès ne prouve pas qu'il y a erreur de dia-

gnostic. Les manifestations viscérales tardives de la syphilis sont en effet souvent réfractaires au traitement spécifique, ce qui est une raison pour engager à faire suivre un traitement mercuriel sérieux et prolongé dès l'apparition du chancre ou des manifestations secondaires.

En outre on soumettra en même temps le malade au régime des infections hépatiques et principalement au régime lacté pendant un certain temps. Contre les complications rénales, on emploiera les révulsions locales, les grands bains chauds. La ponction s'impose si l'ascite augmente dans de trop grandes proportions. Il faut enfin rejeter le traitement chirurgical que l'on a tenté dans des cas où le diagnostic était erroné.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Emploi du camphre chez les tuberculeux, par VOLLAND (*Therap. Monatshefte*, février 1906). — L'auteur, à l'occasion d'une observation concernant un malade atteint de dyspnée cardiaque suraiguë, et qui fut traité avec succès par des injections d'huile camphrée à 1/10 (une seringue de Pravaz toutes les dix minutes), s'est demandé si un traitement analogue ne conviendrait pas aux tuberculeux pulmonaires, dont le cœur est toujours faible. Il a en conséquence, depuis huit mois environ, soumis tous ses malades à des injections quotidiennes d'huile camphrée. Les sueurs nocturnes, qui dépendent en grande partie de la faiblesse cardiaque, sont rapidement influencées, dans les cas où elles ne disparaissent pas par la seule influence de l'altitude (Davos). Ces injections ne présentent aucune espèce d'inconvénient, en dehors de quelques douleurs légères chez quelques sujets, au moment de l'injection.

La dose recommandée est de 2 à 4 seringues de Pravaz par jour, en une ou deux injections suivant l'importance de la dose : il ne faut pas craindre d'administrer tous les jours ces quantités, car on n'obtient pas de résultat suffisant avec les doses faibles.

E. VOGT.

Traitement de l'artériosclérose, par sir JAMES BARR (*The Brit. med. J.*, 20 janvier 1906). — Il y a un traitement prophylactique de l'artériosclérose qui se déduit des causes. L'auteur rappelle les principales : le régime azoté et l'alcool, puis le plomb, les causes qui élèvent la pression artérielle, la goutte, le diabète, l'ergotisme, certains agents médicamenteux tels que la caféine, la théobromine, l'adrénaline, la digitale, les purines, etc., le froid même peut être une cause d'artériosclérose superficielle.

Quant au traitement proprement dit, c'est d'abord sur le régime, comme on sait, qu'il faut porter son attention. Toutefois, il est des exceptions dans les applications d'un régime lacto-végétal, on les rencontre ches les jeunes gens pendant la croissance et chez certains neurasthéniques pour lesquels le régime de Weir-Mitchell est indiqué.

Une très bonne règle pour l'auteur est de ne manger que jusqu'à satisfaction de l'appétit, de manger lentement, de mastiquer complètement et de ne jamais manger jusqu'à sensation de plénitude. L'appétit, dit Pawlow, est le premier et le plus puissant excitant des nerfs sécréteurs de l'estomac. Si le surmenage physique doit être évité, dans l'artériosclérose l'exercice est très important pour le maintien de la santé. Les ascensions ont une grande influence pour renforcer le cœur droit, mais les personnes âgées doivent consulter un médecin avant de se livrer à l'exercice dans les montagnes. L'auteur rappelle les avantages qu'on peut trouver dans un traitement hydrominéral, mais il préfère ne pas aborder ce trop long sujet.

Passant aux médicaments, il fait remarquer qu'il n'emploie jamais les stomachiques ni les hypnotiques, parce qu'il vaut mieux instituer un traitement causal contre la dyspepsie et l'insomnie que de donner des médicaments palliatifs.

Les préparations thyroïdiennes sont extrêmement utiles dans l'artériosclérose. Olivier a montré qu'elles dilatent les artères, et l'auteur qu'elles activent la nutrition, mais il ne faut pas en pousser l'usage jusqu'au thyroïdisme.

Il est souvent préférable de donner l'iode et les iodures qui stimulent l'action de la glande thyroïde. En général, l'auteur a recours à la teinture d'iode et au sirop iodo-tannique, plutôt qu'aux iodures plus stables. Si l'on a recours à l'adrénaline occasionnellement pour maintenir la tension et stimuler le cœur ; il faut l'associer à la thyroïdine ou à l'iode. Les citrates, ainsi que l'a montré Wright, ont une action décalcifiante sur le sang.

Ils diminuent d'abord sa coagulabilité, mais l'augmentent après un usage prolongé, ce qui peut être dû à ce que les citrates dissolvent les sels de chaux des tissus. Les benzoates

sont depuis longtemps employés par l'auteur dans les cas où les reins sont malades. Leur emploi libéral peut faire cesser les convulsions urémiques. Ils transforment l'acide urique en acide hippurique plus soluble et peuvent éliminer d'autres substances puriniques.

Comme les salicylates, ils ont une action cholagogue. Les sulfate et hyposulfite de soude, le sulfate de magnésie et de nombreuses eaux minérales purgatives donnent d'excellents résultats pour nettoyer l'intestin et abaisser la pression sanguine. Les chlorures augmentent la pression, pas conséquent leur emploi est limité.

On doit éviter le chlorure de calcium, sauf en cas d'hémorragie grave ou d'asthénie cardiaque. Les goutteux ne doivent faire qu'un usage restreint du chlorure de sodium. Enfin, on pourrait recourir aux agents dépresseurs de la circulation, tels que l'hippurate d'ammonium et de sodium, la lichénine, la leucine ; les nitrites sont très utiles dans certaines circonstances, mais leurs effets sont trop fugaces pour un usage constant.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Sciatique traitée par la destruction d'adhérences et l'élongation, par HALLEY (*Scott. med. and surg. J.*, janvier 1906). — L'auteur relate deux cas de sciatique qu'il a traités par la destruction des adhérences et l'élongation des nerfs sciatique, poplité interne et tibial postérieur; les résultats ont été excellents. Dans le premier cas, le nerf sciatique du côté gauche a été isolé, puis étiré. Ces manœuvres ont fait disparaître la douleur au-dessus du genou, mais huit jours après l'opération une douleur intense revint au-dessous du genou, qui ne put être calmée que par les injections de morphine. Il fallut recourir à une seconde opération, et l'on traita de la même manière les nerfs poplité interne et tibial postérieur, ce qui amena presque immédiatement la disparition, qui fut permanente, de la douleur.

Dans le second cas les trois nerfs furent traités dans une seule opération. Ici la douleur se produisait seulement pendant la marche. Deux jours après l'opération, il survint dans le pied une douleur légère qui disparut graduellement. L'auteur fait remarquer l'importance qu'il y a à enlever les adhérences autour des nerfs et, dans certains cas, à étirer les branches nerveuses aussi bien que le tronc nerveux principal.

L. JUMON.

La migraine des arthritiques : traitement, par HARTENBERG (*La Presse médicale*, 17 janvier 1906). — Pour l'auteur, les phénomènes angiospastiques de la migraine, attribuables sans doute à une irritation du sympathique dans la région cervicale, proviennent de l'infiltration rhumatismale des tissus et surtout des muscles du cou. La migraine des arthritiques est donc une névrose réflexe. Parmi les preuves nombreuses de cette pathogénie, l'argument décisif est fourni par la thérapeutique, car la disparition de la myosite cervicale a pour effet la suppression de la migraine.

Le traitement par le courant continu, proposé par l'auteur, est le suivant : on applique autour du cou une plaque négative imbibée d'une solution à 20 p. 100 de salicylate de soude, tandis que le ventre, le dos ou les lombes reçoivent la plaque positive. L'intensité varie de 15 à 50 milliampères : les séances durent une demi-heure.

Au bout d'une vingtaine de séances, les gonflements récents ont disparu, les muscles ne sont plus douloureux à la pression. Les noyaux anciens et durs exigent un temps plus long. Dès le premier mois, l'accès de migraine est moins violent, puis les accès s'espacent et s'atténuent, jusqu'à disparaître.

E. VOGT.

De la saignée dans le mal épileptique, par HOUZEL (*La Presse médicale*, 31 janvier 1906). — L'auteur se base sur deux observations concernant des sujets en état de mal (dont un très grave) pour recommander ce traitement autrefois en honneur, aujourd'hui abandonné. Dans ces deux cas, la saignée a fait cesser l'état de mal, a fait tomber la pression artérielle, diminué la fréquence du pouls et a éloigné les accès.

E. VOGT.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'amygdalite, par M. NILES (*Med. Rec.*, 23 décembre 1905). — Isoler le ma-

lade, car beaucoup d'amygdalites sont contagieuses. Calomel à doses fractionnées suivies d'un purgatif salin ou de l'huile de ricin. La quinine à doses toniques est indiquée dans la plupart des cas, de même la strychnine. L'aconit arrête la fièvre et peut faire avorter la maladie. Le salicylate de soude est un excellent médicament dans les cas de diathèse rhumatismale. Le gaïac convient à la fois en gargarisme et à l'intérieur. On donnera des hypnotiques en cas d'insomnie. Le régime doit être léger, liquide ou demi-liquide. On doit conseiller les gargarismes chauds comme détersifs, l'auteur conseille le suivant :

Bicarbonate de potasse.	12	grammes
Alcool de menthe.... }	ââ 2	—
Alcool camphré..... }		
Eau bouillie Q. s. p...	120	—

Employer à chaud en gargarismes toutes les heures ou toutes les deux heures. Les pulvérisations sont utiles sous forme d'eau oxygénée chez les jeunes enfants. Dans quelques cas on peut faire avorter l'amygdalite par un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent au début de la maladie. Le chlorate de potasse donne peu de résultats. Au contraire, les badigeonnages de l'amygdale avec la teinture ou le vinaigre de capsicum sont très utiles. Dans les cas où il y a des ulcérations, l'auteur recommande des badigeonnages avec un mélange d'huile de foie de morue et de capsicum. Le même traitement peut être appliqué sur la membrane de Schneider dans les cas de rhinite avec amygdalite concomitante fréquente, mais il faut auparavant cocaïner la muqueuse. L'huile camphrée appliquée sous le cou donne quelque soulagement.

L. JUMON.

Epistaxis et chlorure de calcium, par TODD-WHITE (*The Brit. med. J.*, 27 janvier 1906). — Un homme de soixante ans, de constitution apoplectique, avec lésions athéromateuses des artères, était atteint d'une épistaxis grave, qui durait depuis deux heures. Cette première hémorragie s'arrêta sous l'influence du traitement ordinaire, des préparations surrénales, etc., mais elle revint trois jours après lorsque le malade se leva. Il survint ainsi des épistaxis répétées siégeant toujours du côté gauche et au-dessus du siège habituel de ces hémorragies. Le malade fut mis alors au chlorure de calcium, 0,60 trois fois par jour pendant dix jours, et depuis les hémorragies n'ont pas reparu. Bien que le chlorure de calcium ait été employé avec succès dans les hémoptysies, son emploi dans l'épistaxis n'a guère été signalé.

L. JUMON.

Le valyl en cas de bourdonnements d'oreilles, par KNOPF (*Therap. Monatshefte*, février 1906). — L'auteur, se souvenant qu'autrefois la valériane était souvent prescrite comme médicament symptomatique du bourdonnement d'oreilles, a voulu essayer une préparation moderne à base de valériane. Dans ce but, il s'est adressé à la diéthylamide de l'acide valérianique (valyl), dont il a administré des capsules chez onze malades. La dose a été en général de trois capsules par jour : huit des sujets ont pu être suivis régulièrement. Dans trois cas, le résultat a été nul : il s'agissait du reste de cas de sclérose sénile très avancée, de pronostic grave. Il est vrai que deux autres cas à pronostic identique, ont été guéris.

L'auteur ne veut pas tirer de ces observations une conclusion générale, mais il estime qu'en présence d'un symptôme aussi tenace et aussi rebelle à la thérapeutique rationnelle, on peut essayer cette médication en tenant compte de l'étiologie du bourdonnement.

L'action du valyl étant très rapide, il est inutile d'en continuer l'emploi si au bout de huit jours on n'a pas obtenu d'effet.

E. VOGT.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

L'alypine comme anesthésique local en chirurgie oculaire, par TH.-I. JOULEBINE (*Rousski Vratch*, 31 décembre 1905). — L'auteur a fait, à la clinique de M. Bellarminov, professeur d'ophtalmologie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, toute une série d'expériences sur l'insensibilisation par l'alypine dans les opérations telles que la strabotomie, l'extraction de la cataracte, l'iridectomie, le tatouage des leucomes et la cure du chalazion. On sait que ce dérivé du benzoïl-étyle-carbinol, récemment introduit dans la thérapeutique en qualité d'analgésique local, est une substance cristalline blanche, facilement soluble dans l'eau et d'un prix inférieur à celui de la cocaïne.

Sur cette dernière, l'alypine présenterait encore l'avantage d'être moins toxique, de ne produire aucune modification de la pupille ni de la pression intra-oculaire et de ne pas para-

lyser l'accommodation, faits que l'auteur a pu confirmer, au moins pour les solutions dont le titre ne dépasse pas 3 p. 100. C'est de la solution à 3 p. 100 qu'il s'est servi de préférence. Instillée à la dose de III à IV gouttes, elle déterminait, en une minute environ, une insensibilité complète, permettant d'opérer sans douleur et qui dure neuf minutes ; puis, pendant encore une vingtaine de minutes, persiste une anesthésie relative, fort précieuse pour les soins consécutifs. L'hémorragie opératoire et post-opératoire était des plus modérée et pouvait être réduite encore par l'instillation de quelques gouttes de solution d'adrénaline à 1 p. 6.000, dont l'usage est parfaitement compatible avec celui de l'alypine. La seule action secondaire de la solution à 3 p. 100 d'alypine consistait à provoquer une hyperémie de la conjonctive d'ailleurs modérée et qui, chez les malades de l'auteur, se dissipait complètement au bout de vingt-cinq minutes. Une solution à 5 p. 100 d'alypine détermine bien une mydriase d'une trentaine de minutes de durée, mais il n'y a aucun motif de l'employer puisqu'une solution à 3 p. 100, qui n'influence nullement la pupille, est parfaitement suffisante pour obtenir l'insensibilité chirurgicale. De ses essais, l'auteur conclut que l'alypine pourra remplacer la cocaïne sinon toujours, du moins très souvent, surtout chez les glaucomateux.

V. DE HOLSTEIN.

La pratique des injections intra-veineuses est-elle justifiée ? par D'OGER DE SPÉVILLE (*Bull. off. des Soc. méd. d'arrond.*, 5 janvier 1906). — Dans un travail le Dr Piogey avait fait un véritable réquisitoire contre les injections intra-veineuses, après avoir vu trois malades atteints de rhumatisme articulaire aigu franc qui succombèrent à la suite d'accidents hémoglobinuriques foudroyants, liés à l'injection dans les veines d'une minime quantité de biiodure de mercure. Bien au contraire, d'Oger de Spéville, convaincu des merveilleux effets des injections intra-veineuses de cyanure de mercure dans le traitement des manifestations oculaires graves de la syphilis, emploie systématiquement ces injections dans toutes les maladies oculaires relevant d'un état infectieux, syphilitique ou autre, et jamais il n'a noté le moindre accident. Les inconvénients qui peuvent être facilement évités sont infimes si on les compare aux avantages. Après les premières injections, il peut survenir des phénomènes d'intolérance, de la diarrhée, même dysentériforme quelques heures après l'injection. Mais ces phénomènes ne se montrent qu'au début du traitement, c'est-à-dire à la suite des premières injections. Pour les éviter, il suffit de tâter la susceptibilité du malade vis-à-vis du mercure. Pour cela, l'auteur n'injecte qu'un demi-centimètre cube de la solution de cyanure au 1/100, soit 5 milligrammes de sel actif; si cette dose est bien supportée, il injecte une seconde fois deux tiers d'un centimètre cube, et dès la troisième fois un centimètre cube, qui est la dose normale. On évite ainsi les phénomènes d'intolérance et la gingivite, qui s'observe rarement. Un inconvénient qui est commun aux sels solubles est l'obligation de faire l'injection tous les deux jours ou tous les jours, suivant la gravité des cas.

Le plus gros écueil de la méthode est l'oblitération de la veine. Pour la technique, on fait gonfler la veine par l'application d'une bande au-dessus du pli du coude. La région est lavée avec tampon d'ouate imbibé d'une solution antiseptique et l'on essuie soigneusement. On introduit alors d'un coup sec dans la veine l'aiguille qui est fixée à la seringue. On tire au besoin légèrement le piston de la seringue pour s'assurer que l'aiguille est bien dans le vaisseau, auquel cas on voit apparaître une goutte de sang au fond de la seringue. On enlève alors la ligature du bras et on pousse l'injection. La seringue vidée, on retire rapidement l'aiguille et on comprime la veine avec un tampon d'ouate humide pendant quelques secondes. On fait le plus souvent l'injection dans la médiane basilique ou la médiane céphalique, mais on peut la faire dans toute veine superficielle, pourvu que son calibre soit suffisant. Il sera bon de fixer la veine avec le doigt pour l'empêcher de glisser pendant qu'on enfonce l'aiguille. On changera autant que possible de veine à chaque injection, soit au bras droit, soit au bras gauche, pour éviter que l'oblitération de la veine se produise, oblitération qui disparaît d'ailleurs quelque temps après par le repos. Avec l'injection intra-veineuse on obtient une action rapide et énergique, sans douleur au moment et après l'injection.

L. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux.

Gomme syphilitique rebelle au traitement mercuriel guérie par six séances de radio-

thérapie, par DESPLATS (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 20 janvier 1906). — Observation d'un cas de lésion cutanée siégeant à la lèvre supérieure, simulant un sycosis, s'étant développée chez un syphilitique et ayant résisté à des injections quotidiennes de biiodure de mercure. Une biopsie démontra qu'il s'agissait très probablement de gommes syphilitiques en voie d'évolution : on ne trouva aucune lésion caractéristique de l'épithélioma. L'auteur, qui a eu l'occasion de constater que les rayons X agissent sur les affections cutanées les plus diverses, eut recours à la radiothérapie malgré l'absence de tumeur maligne. Au bout de trois séances (de dix minutes), les modifications étaient déjà profondes et quelque temps après le malade était guéri.

E. VOGT.

Les indications du traitement par les rayons de Rœntgen dans les affections cutanées chez l'homme (*Berliner klin. Wochenschrift*, 5 février 1906). — BRUHNS rappelle qu'il faut toujours se demander, avant de s'adresser à la radiothérapie, si celle-ci peut donner davantage, dans un cas donné, que la médication usuelle et si le dosage des rayons s'effectue aujourd'hui assez bien pour éviter tout effet désagréable.

L'auteur se sert de tubes demi-durs, avec séance de dix minutes, tous les jours au moins. En tout cas, même en tenant compte des susceptibilités individuelles, on peut aujourd'hui, grâce au perfectionnement de la technique, se mettre presque sûrement à l'abri de tout accident cutané grave.

Parmi les affections dont la guérison s'obtient plus rapidement avec la radiothérapie qu'avec les méthodes usuelles, il faut citer en premier lieu l'*eczéma sec chronique*. On voit des eczémas de la main, traités sans succès pendant des années, disparaître sans récidives après une ou deux séances. Le *lichen de Vidal* est dans le même cas, ainsi que l'*eczéma périanal* et *scrotal*. Dans le *prurit localisé*, la radiothérapie fait disparaître les démangeaisons d'une façon plus rapide et plus durable que les topiques usuels.

Le *favus*, maladie rare à Berlin, où l'auteur a fait ses expériences, donne, comme on sait, d'excellents résultats qui ne seraient pas dus à l'action sur les spores, car avec la méthode de l'auteur, la guérison est très rapide (une à deux séances en tout). Il en est de même pour le *sycosis parasitaire*, alors que l'*herpès tonsurant* est aussi vite guéri par les topiques. Le *sycosis non parasitaire* est rapidement guéri par la radiothérapie.

L'*hypertrychose* ne doit pas être soignée par la méthode nouvelle, car la surface traitée prend aisément un aspect atrophique lisse, très apparent : souvent, des télangiectasies et des pigmentations anormales se développent par la suite.

Pour le *psoriasis*, la méthode ne présente pas d'avantage au point de vue de la prévention des récidives, mais les malades préfèrent de beaucoup la radiothérapie et la réclament.

Pour le *lupus*, on fera bien d'y recourir avant de passer à la photothérapie.

Pour l'*acné*, l'avantage est nul, mais la *furonculose de la nuque*, avec induration du derme, donne d'excellents résultats. L'*hyperhydrose* est souvent très favorablement influencée, les *verrues en groupe* sont aussi justiciables de ce traitement.

Reste la question du *carcinome cutané*, qui divise chirurgiens et dermatologues. L'auteur estime qu'en cas de cancroïde très superficiel, avec intégrité des ganglions de la région, la radiothérapie est indiquée, ainsi que dans les cas où l'exérèse est refusée et dans les cas inopérables.

E. VOGT.

Traitement des engelures, par HECHT (*Therap. Monatshefte*, février 1906). — L'auteur, après divers essais, recommande comme donnant les meilleurs résultats le traitement préconisé par JADASSOHN. Une à trois fois par jour, on baigne les mains ou les pieds dans de l'eau aussi chaude que possible pendant dix à quinze minutes : on essuie ensuite minutieusement, et si les engelures sont ulcérées, on fait un lavage à l'alcool. Le soir, on fait un massage prolongé avec la pommade suivante dont on applique ensuite une couche sur les engelures :

Ichtyol.....	1 à 5	grammes.
Résorcine.....	1 à 3	—
Adeps lanæ....	25	—
Huiles d'olives.	10	—
Eau dist. ad...	50	—

Us. ext.

Si les ulcérations sont très étendues, on applique la pommade jour et nuit.

E. VOGT.

Observations sur le traitement pratique du lupus érythémateux, par WRIGHT (*Treatment*, janvier 1906). — Comme il est impossible de restituer les tissus atteints dans leur état anatomique normal, l'objet du traitement est seulement d'amener une involution de manifestations locales, et en corrigeant la dyscrasie, de prévenir de nouvelles poussées. L'auteur croit même que le traitement dirigé pour supprimer

la prédisposition constitutionnelle a relativement plus d'importance que le traitement local.

Le traitement général s'applique surtout à améliorer la nutrition générale ; l'air pur est un facteur essentiel, et il faut préférer ici la montagne ou la campagne à la mer. Si les malades sont anémiques, il faut chercher à introduire le fer par les aliments : épinards, laitues, légumes contenant du fer. Du reste, la chloro-anémie dans le lupus érythémateux est presque toujours secondaire et il faut la combattre par ses causes. Chez les tuberculeux on donnera du jus de viande crue. Dans les autres cas, pour favoriser les oxydations, l'auteur recommande une préparation de phosphore, d'arsenic et d'iodure de potassium. Chez les sujets strumeux on s'adressera à l'huile de foie de morue. Dans les cas où on soupçonne des excès sexuels ou une irritation de l'ovaire, l'administration du phosphore doit être associée à de petites doses de bromures. Mais on écartera la quinine. Dans tous les cas le régime doit être réglé suivant les tendances constitutionnelles de chaque individu. Les exercices physiques et les courants de haute préférence sont indiqués chez les sujets rhumatisants et chez ceux dont le mouvement nutritif est ralenti.

Le traitement local ne comporte que des moyens de douceur pour les plaques érythémateuses enflammées. Les applications de ventouses sèches sur les parties affectées amènent plus facilement une involution que les applications astringentes. Malheureusement il est difficile de recourir fréquemment à ce mode de traitement.

On a essayé de provoquer l'hyperémie congestive par la pulvérisation à une certaine distance autour de la plaque du chlorure d'éthyle ou de l'acide carbonique liquide. Les plaques ainsi traitées guérissent rapidement, mais la récidive se produit au bout de plusieurs mois.

Le traitement par les liquides astringents et calmants a cependant plus de faveur. A cette période on emploie habituellement l'acétate d'alumine, l'oxyde de zinc et la boro-glycérine, le bismuth et le calomel. Dans les cas subaigus, on a recours aux applications de solution alcoolique de savon alcalin, suivies d'une pommade au calomel et bismuth. Dans les cas chroniques, c'est le traitement stimulant qui est indiqué : frictions avec l'alcool de Hebra au savon vert, puis compresses de résorcine dans l'alcool, pâte de Lassar. D'après Keisner, la pulvérisation des plaques avec un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide carbonique liquéfié, est un traitement idéal. Les injections d'alcool à 95 et à 60°, de mentho-chloral ou d'oxygène dans les bords de la lésion arrêtent l'extension de la maladie en agissant sur la circulation capillaire et en produisant des ulcérations superficielles. La résorcine cependant donne également de bons résultats.

Dans les cas chroniques, la méthode par excellence consiste dans les étincelles de haute fréquence, mais elle ne doit être appliquée qu'en connaissance de cause.

L. JUMON.

Sur le traitement des ulcères de jambe, par J. BRINGS (*Med. Blætter*, 11 janvier 1906). — L'auteur recommande le pansement à la colle de zinc pour les ulcères de jambe dans les classes laborieuses comme lui ayant donné d'excellents résultats. Après avoir obtenu le nettoyage de l'ulcère par le repos au lit durant cinq jours et des lavages avec de l'eau phéniquée faible, on badigeonne avec de la colle de zinc fluidifiée par la chaleur le pied depuis la base des orteils jusqu'au creux poplité, y compris les bords de l'ulcère. Cette colle de zinc est préparée à chaud avec 20 grammes d'oxyde de zinc et 20 grammes de gélatine blanche dans un mélange de 80 grammes d'eau et de 80 grammes de glycérine. Puis on stérilise parce que la gélatine peut contenir des bacilles tétaniques et d'autres bactéries. Sur l'ulcère même on place un morceau de gaze stérilisée lorsque les granulations sont saines. Si l'ulcère est atonique ou s'il est recouvert de granulations hypertrophiques, on le traite d'abord par le calomel ou des applications de nitrate d'argent et on le recouvre de gaze stérilisée. La gaze s'applique sur les bords de l'ulcère et reste fixée dans sa position. Lorsque la couche de colle de zinc appliquée sur la peau est sèche, on enroule la jambe dans une bande trempée dans l'eau chaude, sans trop la serrer et sans faire de plis. Le tour de bande est alors recouvert de colle de zinc liquide jusqu'à ce que le tissu soit bien imprégné. Au bout de quelques minutes on applique de la même manière une deuxième couche de tours de bande, et on recommence ainsi jusqu'à trois à quatre couches. Au bout de trente minutes tout le pansement est sec et solide, et le malade peut aller à ses occupations le jour même. On laisse le premier appareil jusqu'à ce que la sécrétion de l'ulcère imbibe toutes les couches, ce qui arrive après trois à cinq jours. Il est quelquefois nécessaire de donner quelque narcotique pour la nuit, parce que la stase des sécrétions pendant la nuit et la dessiccation consécutive du pansement déterminent une compression de l'ulcère et des douleurs consécutives. Au bout d'une semaine on renouvelle le bandage

qui peut être supprimé après trois à six semaines. Il est facile d'enlever le pansement dans un bain de pied tiède.

Le pansement à la colle de zinc a l'avantage de fermer à l'extérieur la perte de substance et de le protéger contre les souillures. Il est gras et élastique, s'applique bien sur la peau et suit les contours des extrémités. Il exerce une pression douce sur les vaisseaux superficiels et relève leur tonicité. Les troubles circulatoires locaux qui exercent un si grand rôle dans l'étiologie de l'ulcère disparaissent, enfin le pansement laisse passer les sécrétions. Il peut être employé à titre prophylactique dans la grossesse, lorsque les varices sont très prononcées. Mais surtout le grand avantage du traitement est de permettre aux malades de continuer leur travail, en même temps que la guérison est rapide.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement abortif de la blennorragie (*Sem. Méd.*, 3 mai 1905). — Berg traite la blennorragie au début par les grands lavages au nitrate d'argent à 1 p. 500, à une pression de 50 centimètres.

Sa statistique globale comporte 31 guérisons sur 46 cas traités; la proportion de guérisons est plus élevée chez les malades qui n'ont pas de réaction inflammatoire (rougeur du méat, mictions douloureuses, sensibilité de l'urètre à la pression) ou qui ont leur urètre postérieur indemne : dans ces cas il a eu 15 guérisons sur 20 cas traités.

M. DESCHAMPS.

L'anesthésie locale de la vessie et de l'urètre, par LUCKE (*Monatsschr. f. Harnkr. u. sex. Hygiene*, fasc. 10, 1905). — L'auteur fait remarquer que l'injection de 1 à 1 cc, 5 d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100 suffit pour anesthésier l'urètre antérieur; en ajoutant de l'adrénaline, on obtient une anesthésie suffisante pour pratiquer des urétrotomies internes. La stovaïne et l'eucaïne ne se combinent pas facilement avec l'adrénaline; on ne peut donc les utiliser aisément dans ces conditions.

Pour l'urètre postérieure, l'auteur se sert de la même solution d'adrénaline-cocaïne, qu'il introduit au moyen de l'appareil à instillations de Guyon.

Pour la vessie, on se rappellera que l'anesthésie n'est possible que pour la sensibilité au contact : pour la sensibilité à la dilatation, elle dépend le plus souvent d'un état inflammatoire, qu'il faut calmer avant d'essayer l'anesthésie. S'il faut faire une lithotripsie, suivie d'aspiration, il sera toujours bon de faire une injection de morphine ou d'administrer de l'antipyrine quelque temps avant l'opération. L'injection intravésicale de solutions d'antipyrine ne semble pas à l'auteur fort recommandable : il préfère la cocaïne ou ses succédanés. Ces derniers trouvent ici plus spécialement leur application, car on ne saurait sans danger injecter dans la vessie des solutions fortes de cocaïne. L'auteur procède en conséquence de la façon suivante : injection préalable d'une solution d'un demi-centimètre cube d'épirénane (adrénaline plus active et moins décomposable) pour 100 centimètres cubes d'eau, puis, au bout de huit minutes, injection de 3 centimètres cubes d'une solution d'alypine à 10 p. 100.

En résumé, on peut continuer comme ci-devant à anesthésier l'urètre dans sa totalité avec la cocaïne : pour la vessie, les anesthésiques beaucoup moins toxiques (alypine spécialement) sont préférables.

E. VOGT.

L'alypine, nouvel anesthésique local, par MAX JOSEPH et KRAUS (*Deutsche med. Wochenschrift*, 7 décembre 1905). — Les auteurs ont utilisé ce produit pour anesthésier l'urètre, en injectant 8 à 10 cc. d'une solution de 1 à 2 p. 100 : trois à quatre minutes après, ils purent faire un lavage de Janet avec une solution d'albargine à 1 00/00, sans que le malade ressentît aucune douleur. Or cette intervention est toujours fort pénible pour le patient dans les conditions ordinaires, car il s'agissait d'un traitement abortif de la blennorragie aiguë, que l'on continua quatre à cinq jours de suite chez chaque patient. Quinze cas furent ainsi traités.

Dans vingt cas d'urétrite postérieure, on procéda de même avant de faire des instillations ou des grands lavages. Pour les instillations, une solution d'alypine à 4 p. 100 est nécessaire : dans deux cas seulement, on ne parvint pas à obtenir l'anesthésie.

Pour dilater des rétrécissements, les applications de solutions d'alypine facilitent beaucoup le passage des bougies. Bien que les petites déchirures de la muqueuse, toujours à craindre pendant le cathétérisme, aient certainement facilité la résorption de l'anesthésique, on n'ob-

serva aucun phénomène d'intoxication (vingt-deux cas traités).

Pour sectionner le frein sans douleurs, l'injection sous-cutanée de 1 cc. d'alypine à 2 p. 100 donne d'excellents résultats. Dans cinq cas d'opérations de phimosis, on obtint une anesthésie complète, après application de la bande d'Esmarch, trois à quatre minutes après injection d'alypine de 2 à 4 p. 100.

L'alypine ne paraît pas se prêter à l'anesthésie par infiltration.

E. VOGT.

Sur le traitement des tumeurs de la vessie, par TREPLIN (*Munch. med. Woch.*, 23 janvier 1906). — Après un court aperçu historique sur l'évolution de la chirurgie de la vessie, surtout du traitement des tumeurs vésicales, l'auteur rapporte les observations relatives à 45 opérés. En discutant l'histologie des tumeurs, notamment des tumeurs papillaires, il attire surtout l'attention sur ce fait qu'il n'est pas rare de voir se transformer des tumeurs bénignes en tumeurs malignes et qu'après l'extirpation de tumeurs bénignes on voit parfois survenir des récidives malignes.

Comme les lésions malignes se développent habituellement dans la partie basale de la tumeur, il faut toujours enlever complètement la tumeur à sa base avec la muqueuse sous-jacente, car même l'examen microscopique nous laisse dans l'incertitude sur l'état de bénignité ou de malignité de la tumeur. Pour cette raison, il faut toujours employer la taille hypogastrique et rejeter tout emploi du cystoscope d'opération pour enlever les tumeurs. L'introduction multipliée de cet instrument est le plus souvent bien plus incommode pour le malade que la taille hypogastrique exécutée avec l'anesthésie lombaire.

Les résultats du traitement opératoire des tumeurs bénignes ont été excellents. Sur douze patients, l'un a succombé à l'asthénie cardiaque après plusieurs hémorragies abondantes. Les autres, parmi lesquels se trouvaient un garçon de dix ans, ont présenté des résultats durables datant de trois à vingt ans. Deux malades ont dû être opérés plusieurs fois pour des récidives. Sur 33 cas de tumeurs malignes il y a eu 20 p. 100 de guérisons datant de cinq à quinze ans. Les autres ont succombé après plusieurs mois à des récidives. Comme rareté, l'auteur signale un cas de sarcome et un grand kyste de la paroi vésicale, qui ont guéri complètement. Dans aucun cas il n'y a eu de récidive dans la cicatrice.

L. JUMON.

Rétention d'urine guérie par la prostatectomie périnéale, par LEGUEU (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 18 octobre 1905). — Il s'agit d'un malade qui présentait une rétention complète d'urine depuis dix-sept ans, après avoir subi, sans succès, en 1893, une prostatectomie partielle transvésicale. L'auteur après lui avoir enlevé, il y a trois mois, une prostate de 60 grammes par la voie périnéale, présente le malade qui vide maintenant sa vessie normalement, et dont les urines sont claires; il lui reste encore une petite fistule périnéale.

Ce malade n'avait pas uriné seul, sans la sonde, une seule fois depuis dix-sept ans.

M. DESCHAMPS.

Énucléation de la prostate dans les hémorragies, par WILLIAM THOMSON (*The Brit. med. J.*, 27 janvier 1906). — Un homme de cinquante-sept ans fut atteint d'une hémorragie subite de la vessie sans avoir eu de symptômes antérieurs et seulement après un exercice violent. On crut d'abord à un calcul vésical, puis à une tumeur villeuse de la vessie. Les hémorragies revenaient après chaque exercice. L'examen radioscopique ne fit rien découvrir. A l'examen on ne trouva pas de calculs de la vessie, mais seulement une prostate volumineuse. Malgré des traitements variés les hémorragies continuaient. Une opération fut décidée. La vessie fut ouverte par la voie ordinaire et on trouva trente-deux calculs en arrière de la prostate : quatorze d'entre eux avaient le volume d'un pois; ils étaient constitués par de l'oxalate de chaux. La prostate était volumineuse, molle et se projetait dans la vessie. Elle fut enlevée avec difficulté en raison des adhérences; la glande pesait deux onces. L'hémorragie fut assez abondante pendant l'opération, mais elle fut arrêtée par une irrigation chaude et elle cessa complètement après l'opération. Le malade fut guéri au bout de quatre semaines; il y eut bien un point de la cicatrice qui suppura, mais la guérison finit par être complète, même au point de vue fonctionnel.

L'ablation de la prostate hypertrophiée, pratiquée pour des hémorragies graves, n'a pas encore été faite de propos délibéré, mais l'auteur est d'avis qu'il faut y avoir recours lorsque l'hémorragie ne peut pas être arrêtée autrement.

L. JUMON.

Nouveau procédé de néphropexie, par LAMBERT (*Reims*, décembre 1905). — Après avoir passé en revue différents procédés de néphropexie : fixation du rein après ablation d'une

bande de capsule (Tuffier), fixation de la capsule après son décollement complet (Edebohls), accolement à la paroi du bord convexe dénudé et fixé par des points traversant la capsule et le tissu rénal de part en part (Jonesco), l'auteur décrit son procédé personnel.

Il incise la capsule le long du bord convexe du rein et la dissèque en faisant deux volets d'un centimètre et demi de largeur qu'il rabat ensuite sur chaque face du rein. Au niveau du volet replié il y a donc deux épaisseurs de capsule, entre ces volets ouverts il y a le bord convexe du rein dénudé. C'est dans l'aire de ces volets qu'il passe trois fils doubles transfixant le rein, un supérieur, un moyen, et un postérieur : avec chaque double fil on fait un double nœud au niveau de son point d'émergence en déprimant un peu la substance rénale, de façon que le fil ne puisse plus glisser et soit bien fixé de chaque côté.

Les doubles fils supérieurs sont noués séparément et de chaque côté autour de la douzième côte. Les autres sont passés à travers les lèvres musculaires, les antérieurs dans la lèvre antérieure et les postérieures dans la lèvre postérieure ; ils sont ensuite noués les uns aux autres, chacun avec son congénère, sans qu'un seul fil antérieur soit jamais noué avec un postérieur ; chaque point est en quelque sorte un point en U, ou plus exactement en V puisque au lieu d'une boucle il y a un nœud réunissant les deux fils.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Au point de vue des résultats immédiats : *a*) Les fils d'un côté ne sont pas liés avec ceux du côté opposé, il n'y a donc pas de striction du tissu rénal ; *b*) Les fils ne traversent pas le tissu rénal dénudé et ne risquent pas de le sectionner ; *c*) Le renfort apporté par la capsule repliée augmente la solidité ;

2° Au point de vue des résultats éloignés : la bande de tissu rénal dénudé mise en contact intime avec les muscles voisins contractera avec ceux-ci des adhérences vasculaires qui offrent un maximum de résistance.

M. DESCHAMPS.

Contribution à l'étude de la fixation du rein, par ARTHUR SIMARD (*Bulletin méd. de Québec*, novembre 1905). — Le rein mobile qui n'est pas douloureux et n'occasionne aucun trouble ne réclame pas de traitement. Si, d'autre part, les appareils, quels qu'ils soient, ne calment pas les douleurs, on est autorisé à intervenir. L'intervention ne se discute pas dans les cas où il s'agit d'un rein douloureux ou sujet à des crises d'hydronéphrose intermittente, et comme une opération bien conduite est inoffensive, on peut assurer que là où un bandage réussit, la fixation sera encore préférable parce qu'elle mettra le malade à l'abri des complications toujours possibles avec le port d'un bandage. Cependant les troubles digestifs sont moins souvent guéris que les accidents douloureux ; les plus tenaces à disparaître sont les troubles nerveux, le terrain névropathique étant la grande pierre d'achoppement de tout traitement.

Un procédé idéal de fixation, dit l'auteur, doit assurer la solidité des adhérences et ne pas être nocif pour la glande rénale. Les procédés qui comportent le passage des fils suspenseurs à travers la substance du rein ont le désavantage de faire un traumatisme, de léser le rein et de produire des traînées de tissu fibreux dans la substance glomérulaire, ce qui peut entraîner l'oligurie, l'anurie, parfois l'albuminurie.

L'opération de Senn et Deaver, qui consiste à entourer le rein décortiqué de la capsule graisseuse, de bandes de gaze afin d'obtenir une granulation étendue et ensuite une cicatrisation solide, n'est pas à l'abri de la critique. Ce procédé, qui donne une cicatrisation lente, laisse souvent après guérison des douleurs dans la région rénale, en outre le tissu cicatriciel secondaire étrangle parfois le rein et produit des adhérences uretérales avec coudures fixes ayant parfois nécessité la néphrectomie.

Aussi l'auteur a-t-il eu recours à un procédé préconisé par Penrose et Beyea, qui a pour lui sa simplicité, son innocuité vis-à-vis du rein et la solidité de la fixation. Voici en quoi il consiste : incision lombaire, de préférence celle de Guyon, ouverture du feuillet postérieur de l'aponévrose périrénale de Gerota-Zuckerkandl, décapsulation graisseuse, excision de préférence, pour empêcher que le feuillet adipeux vienne se placer entre la capsule propre et le carré lombaire, puis sortie du rein par l'ouverture de l'incision. On passe alors à travers la peau et la masse musculaire un tube à drainage assez volumineux d'un côté de l'incision, puis on choisit au pédicule rénal, dans le fascia périrénal antérieur, un endroit au-dessous du bassinet et vaisseaux, pour y faire passer le tube qu'on ramène de l'autre côté de l'incision à travers muscles et peau. Le pôle inférieur du rein se trouve ainsi embrassé par un lien en caoutchouc. On fait de même pour le pôle supérieur, en passant un autre tube à un centimètre au-dessus du pédicule rénal. Les deux pôles du rein se trouvent ainsi embrassés par deux liens qu'on fixera par-dessus la peau pour maintenir la capsule propre du rein en contact immédiat avec les muscles pour y faire ses adhérences. On ferme alors la plaie par deux

plans de sutures et on noue les tubes deux par deux. Ces tubes sont enlevés au vingt et unième jour, alors que les adhérences solides sont constituées. Dans huit cas le résultat a été parfait dans six; dans un cas le résultat a été incomplet et dans un autre le rein a repris sa mobilité, mais dans tous la douleur avait disparu.

L. JUMON.

Traitement chirurgical de la tuberculose du rein, par HOWARD A. KELLY (*Br. Med. J.*, 17 juin 1905). — L'auteur examine, au point de vue du sexe féminin, sur lequel portent ses observations, le traitement radical des tuberculoses du rein de formes diverses. Chaque fois que possible, l'extirpation complète de la lésion est la règle. L'analyse des urines séparées est la base du diagnostic, entre les mains de tout chirurgien capable d'accomplir cette capitale opération, la néphrectomie. Le but suprême de la chirurgie est la conservation ; mais, sauf quelques notables exceptions, elle n'a pas donné ici de bons résultats. Il existe malheureusement, dans tous les reins tuberculeux, des foyers disséminés que l'on ne peut apercevoir qu'après l'ablation complète de l'organe. Christian Fenger, l'éminent chirurgien, essaya une résection économique du rein dans quelques cas et une récidive mortelle eut lieu. L'opération conservatrice ne convient donc qu'aux foyers limités à un pôle, ce qui ne peut être mis en évidence qu'en fendant l'organe d'un bout à l'autre. On a pu cependant, après l'ablation du rein, faire l'*extirpation partielle* du rein unique, en enlevant un tiers de sa substance (Morris) et voir le malade se rétablir, et reprendre son service de domestique, où on la retrouvait quatre ans plus tard vivante. Il y a donc quelques exceptions.

La *néphrotomie*, dans la tuberculose rénale, doit être considérée comme une opération préliminaire, destinée à faire face à certaines situations critiques telles que la fièvre et l'hecticité. Il est important alors d'effectuer l'ouverture de tous les abcès, dans chacune des parties atteintes. La *néphrectomie* est la seule opération radicale. Il est à remarquer que, du côté droit, elle est rendue plus difficile par l'adhérence intime du rein avec la veine cave et le duodénum, qui a été souvent ouvert, lorsqu'on néglige d'aller lentement et de faire une inspection directe. L'énucléation intra-capsulaire facilite considérablement cette besogne.

Enfin l'ablation du rein doit être souvent complétée par celle de l'uretère. Une incision vaginale est nécessaire pour dégager le bout inférieur. L'auteur cite même deux cas où une tuberculose vésicale, avec douleurs intolérables, exigea en outre l'ablation de portions importantes de la vessie. Le traitement par les grands bains chauds prolongés et la distension avec irrigation de la vessie a toujours amélioré ces mauvais cas.

A. BENOÎT.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Traitement des lésions papillaires du col, par HASTING (*Tweedy in Brit. med. Jour.*, 4 novembre 1905). — L'auteur a été amené à employer l'acide picrique dans les cas de lésions papillaires du col, en raison de ses propriétés sur l'épithélium. Il emploie, pour nettoyer le col, une solution saturée d'acide picrique dans l'alcool méthylique. L'application doit être faite deux ou trois fois par semaines et le tampon imbibé de la solution ne doit pas rester en contact avec le col plus de deux ou trois minutes. Par contre, le traitement par les applications d'acide phénique, d'acide pyroligneux, de sulfate de cuivre n'a donné que des résultats très peu satisfaisants.

R. BLONDEL.

Hématurie grave pendant la grossesse, par VON KUBINYI (*Zentr. Bl. f. Gynakol.*, 3 décembre 1904). — Il s'agit d'une multipare au septième mois de la grossesse qui fut prise soudain d'hématurie après un effort pour soulever un fardeau. Cette hématurie fut suivie de rétention d'urine : la sonde ne parvint pas à évacuer la vessie, car elle était bouchée par les caillots. On fit la dilatation de l'urètre, et on put évacuer une quantité considérable de caillots, en comprimant l'hypogastre; l'état de la malade était très grave, mais l'hématurie ne se reproduisit plus et elle accoucha prématurément huit jours après. Le diagnostic de varice du col de la vessie fut confirmé plus tard par l'examen cystoscopique qui montra une grosse veine au niveau du col.

M. DESCHAMPS.

Traitement des affections gynécologiques par la fibrolysine (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 15 janvier 1906). — VOGELSANGER a expérimenté la combinaison de thiosinamine et salicylate de soude (fibrolysine) pour mobiliser les organes génitaux dans les cas de paramétrite exsudative chronique ou de déchirures profondes du col. Il a pratiqué des injections

dans la région fessière (ampoules contenant 2 grammes de principe actif).

Dix-huit malades reçurent en tout 130 injections, on peut distinguer deux groupes. Dans le premier, l'action thérapeutique se manifestait dès la deuxième ou troisième injection; en général, six injections suffisaient pour obtenir une mobilité normale et les malades ne ressentaient plus leurs malaises et douleurs habituels. Tous les cas de cicatrices du col et la plupart des cicatrices dues à de la pelvicellulite sont à ranger dans ce groupe.

Dans le second groupe, moins nombreux, on n'obtint qu'une mobilisation peu appréciable; il s'agissait surtout de cas de paramétrite chronique intéressant les ligaments sacro-utérins. On n'obtint pas de modification des troubles nerveux.

Les malades ont toujours été soumises, en cours de traitement, au massage gynécologique. L'auteur a pu constater que la combinaison des deux méthodes est préférable à l'emploi séparé de chacune d'elles.

Dans deux cas, les malades se plaignirent d'un goût alliacé se manifestant peu de temps après l'injection. Chez une troisième malade, la disparition des cicatrices douloureuses fut suivie de prolapsus utérin.

Avant d'appliquer ce traitement, il faut toujours se demander si le sujet ne présente pas dans d'autres régions des cicatrices offrant pour lui quelque utilité (processus tuberculeux encapsulés par exemple), car on risque de provoquer un ramollissement de ces cicatrices.

En résumé, les cicatrices des organes génitaux de la femme sont justiciables de ce traitement lorsqu'il s'agit de cas légers et que le siège de la cicatrice est latéral. On combinera toujours le traitement avec la massothérapie.

E. VOGT.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Traitement actuel de la diphtérie, par le Dr BOURGET (*Therap. Monatshefte*, janvier 1906). — L'auteur a pu constater dans plusieurs cas où, pour diverses raisons, il s'est abstenu de pratiquer des injections de sérum antidiphtérique, une marche exceptionnellement favorable de l'affection. Le nombre des cas de ce genre s'étant multiplié, l'auteur s'est de nouveau appliqué au perfectionnement du traitement local, et il réserve aujourd'hui la sérothérapie pour les cas graves (4 cas en 1903, 1 cas en 1904 et 1905).

Sur 547 cas traités de 1899 à 1905 inclusivement, il y eut 365 cas traités sans injection (2 morts) et 166 avec injections (14 morts). L'examen bactériologique a toujours été fait.

Le traitement local est commencé dès l'entrée à la clinique : il consiste en badigeonnages minutieux avec :

Perchlorure de fer liquide Alun pulvérisé ..... Acide borique.....	ââ 2 grammes
Glycérine.....	20 —
Us. ext.	

On fait 5 à 6 badigeonnages coup sur coup, puis on fait gargariser avec :

Teinture de gaïac..... Teinture de ratanhia..	ââ 50 grammes
Us. ext.;	

2 cuillerées à café pour un verre d'eau tiède.

Ce traitement est recommencé toutes les deux heures, et toutes les heures même si le cas est grave.

L'amélioration est rapide, la température tombe souvent dès le troisième ou quatrième jour.

L'examen bactériologique n'a aucune valeur pronostique, car on peut rencontrer des cas très graves avec très peu de bacilles de Lœffler et *vice versâ*.

L'auteur se base sur ces faits pour admettre que la spécificité du sérum antidiphtérique continue à ne pas être démontrée. La question ne semble pas être sortie du domaine de la théorie, on n'est pas parvenu à isoler les toxines, et l'étude de leurs caractères chimiques et physiologiques n'est pas encore faite.

En résumé, l'auteur dénie au sérum antidipthérique toute action curative, et recommande de continuer à traiter localement les malades de ce genre.

E. VOGT.

La sérothérapie de la diphterie et sa statistique, par RAHN (*Therap. Monatshefte*, février 1906). — L'auteur, tout en accordant au traitement par le sérum une haute valeur, estime avec les adversaires de celui-ci que les statistiques publiées sont d'une valeur douteuse, parce que la définition de la diphtérie n'est plus celle de Bretonneau, que les uns s'en tiennent à l'analyse bactériologique, d'autres à l'aspect clinique ; d'autres enfin, dénomment diphtérique toute fausse membrane de la région amygdalienne.

L'auteur croit que le meilleur moyen de se rendre compte des effets du sérum consiste à

ne comparer que ce qui est vraiment comparable : or, il est indéniable que depuis l'introduction du sérum, la mortalité des trachéotomisés s'est abaissée dans une proportion considérable ; d'autre part, la moyenne du temps nécessaire pour l'élimination des fausses membranes pharyngées a diminué notablement ; la durée de fièvre a été influencée de même.

Chez les enfants tuberculeux, l'injection de sérum peut provoquer une aggravation du processus, qui siège en général dans les ganglions trachéobronchiques. En outre, le sérum agit sur la sécrétion des parois bronchiques et augmente momentanément leur état parétique ; il ne faut donc pas, lorsque la dyspnée est intense, recourir d'emblée aux fortes doses.

L'auteur admet qu'en injectant deux ou trois semaines après la guérison des accidents locaux, du sérum aux enfants très excitables ou très lymphatiques, on peut s'opposer, chez les premiers, aux accidents paralytiques, chez les seconds aux accidents myocarditiques.

E. Vogt.

Remarques pratiques sur le traitement opératoire du croup, par le Dr Raoul Bayeux (*La clinique infantile*, 15 janvier 1906). — Si l'on sait qu'il faut d'abord tuber un croup, on connaît moins peut-être dans quelles conditions, à quel moment et par quel procédé on doit tuber. L'auteur nous apporte ici le résultat de sa longue expérience. Si l'on se trouve en présence d'un enfant dont la voix est simplement voilée, avec légère gêne de la respiration, et avec bonne expansion thoracique, sans accès de suffocation, on commencera par injecter une forte dose de sérum et on mettra l'enfant dans une chambre fortement chargée de vapeur d'eau. Si le tirage est plus accentué, plus ancien, la toux plus fréquente avec accès de suffocation, agitation, on peut donner quelques centigrammes de codéine et on pourra très souvent rétablir le passage de l'air en pratiquant l'écouvillonnage du larynx au moyen du tube. Si ce tubage extemporané préconisé par Variot et l'auteur ne donne qu'un soulagement passager, alors on place le tube à demeure et on surveille l'enfant.

Enfin dans les cas particulièrement graves, accompagnés d'asphyxie profonde, parce que le croup a été méconnu ou que les fausses membranes ont envahi les voies respiratoires, la conviction de l'auteur est qu'il ne faut pas hésiter à préférer le tubage à la trachéotomie qui expose l'enfant asphyxiant à mille dangers, dont le principal est la fausse route. Ce n'est que dans des cas très rares que la trachéotomie permet une plus large évacuation trachéale que le tubage. Ici même il faut enlever la canule au bout de quelques heures, lorsque la plus grosse des membranes a été évacuée et la remplacer par un tube laryngé.

La règle est donc de tuber d'abord, quelquefois trachéotomiser ensuite, si le tubage n'amène pas de soulagement.

Il reste plusieurs questions à résoudre.

A quel moment faut-il tuber ? Le tubage deviendra nécessaire dès que les sterno-mastoïdiens se contracteront à l'inspiration thoracique ; ce signe du sterno-mastoïdien s'est montré constant dans son existence et fidèle en son indication opératoire.

Comment faut-il surveiller un enfant tubé ? S'il s'agit d'un croup peu ou point membraneux, croup spasmodique, le soulagement est très rapide et on surveille l'enfant pendant une heure environ ; on laisse en permanence une garde à laquelle on explique la manœuvre de l'énucléation. S'il s'agit d'un croup très membraneux, il faut rester auprès de l'enfant.

A quel moment faut-il détuber ? Trente-six heures de tubage depuis l'injection du sérum suffisent, en général, pour que le larynx soit et reste perméable à l'air.

Quel tube faut-il employer ? Il n'existe en réalité que trois tubes : le tube primitif de O'Dwyer, le tube court énucléable de l'auteur et le tube de Froin ; les autres ne sont que des variantes. Or, l'extraction du tube par l'énucléation digitale est préférable à tout autre procédé et seul le tube court s'énuclée aisément et rapidement. Mais il n'y a pas là de règle absolue et en définitive, comme le dit l'auteur, les détails théoriques les plus étendus ne remplaceront jamais l'expérience, seul guide infaillible.

L. Jumon.

Cent laparotomies pour invagination intestinale chez les enfants, par Ch. P. Clubbe (*Br. Med. J.*, 17 juin 1905). — Les résultats du traitement opératoire se répartissent ainsi : 63 guérisons 37 morts. Un seul des opérés chez lequels il fallut faire une résection de l'intestin survécut. Les *iléo cæcales* sont les plus nombreuses ; puis viennent les *iléo-coliques*, les *coliques*, en dernier lieu, les *entériques*. Au cæcum, c'est plus souvent le fond de l'organe qui se déprime, que la valvule. Quelques remarques : *diagnostic* généralement aisé, mais ne jamais hésiter à recourir au chloroforme puisqu'il peut lever le doute. L'*irrigation* est toujours recommandable, puisqu'elle prépare parfois le succès opératoire, en faisant reculer jusque dans la région cæcale une tumeur saillant dans le rectum. Il s'ensuit que les ma-

nœuvres seront plus rapides et le shock moins grand. Il en est ainsi également lorsqu'on fait l'incision latérale droite. Mais l'*incision médiane*, ayant son centre à l'ombilic, doit être nécessairement pratiquée lorsque l'invagination siège au côlon transverse ou à l'S iliaque. Un peu de morphine, la strychnine en injections hypodermiques, sont à administrer par la suite. Lavages intestinaux nécessaires. Ne pas sevrer les enfants au sein, du moins pendant le jour. Donner de petites quantités d'eau albumineuse avec alcool et de somatose.

A. BENOÎT.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Capsules de gélatine albuminées, par UNGER (*Therap. Monatshefte*, janvier 1906). — L'auteur recommande pour la fabrication des capsules, une gélatine contenant environ 60 p. 100 d'albumine. Ces capsules se dissolvent bien plus aisément dans le suc gastrique que celle du modèle courant, et l'on constate que les dyspeptiques les supportent fort bien.

L'auteur ne donne pas de détails sur le mode de préparation de cette gélatine.

E. VOGT.

L'isopral, par TAUSZK (*Medic. Blætter*, n° 52, 1905). — Le trichlorisopropylalcool ou isopral est facilement soluble dans l'eau et l'alcool, est rapidement résorbé et agit déjà au bout de deux à cinq minutes : comme, à la suite de son ingestion, le pouls se ralentit et devient plus plein, et que la respiration, tout en diminuant de fréquence, conserve son amplitude, l'auteur a voulu essayer cet hypnotique chez des sujets atteints d'affections cardio-pulmonaires.

Le médicament doit être donné à la dose de 0 gr. 5 à 1 gramme : comme il présente un goût âcre assez désagréable, et qu'il s'évapore rapidement, il est bon de l'administrer sous forme de capsules ou dragées. L'auteur le donne aussi en suppositoires avec le même succès.

L'action hypnotique s'obtient sans excitation préalable, et n'est suivie au réveil d'aucune sensation de faiblesse ou malaise : il arrive toutefois qu'au cours de la journée qui suit l'administration, se manifeste une céphalée parfois intense : celle-ci cède du reste à l'action des antinévralgiques usuels.

L'isopral est donc indiqué dans tous les cas où l'état des organes cardio-pulmonaires contre-indique l'emploi des autres hypnotiques.

E. VOGT.

Quelques observations sur la digalène, par KARL GRASSMANN (*Munch. med. Woch.*, 16 janvier 1906). — Après avoir donné quelques renseignements sur ce nouveau produit digitalique, l'auteur a donné ce médicament par la bouche à 20 malades dans un peu de vin sucré ou d'eau sucrée, à raison de 3 centimètres cubes les trois ou quatre premiers jours, plus tard un demi-centimètre cube, trois fois par jour. Le médicament a toujours été bien supporté, même dans un cas accompagné de catarrhe gastro-intestinal. Plusieurs de ces malades n'avaient pas supporté l'infusion de digitale. Ce médicament a eu une action favorable dans un accès grave d'asthme chez un cardiaque alcoolique, dans des cas d'asthénie cardiaque, chez des artério-scléreux et surtout chez une femme de soixante-et-onze ans, présentant les symptômes les plus graves d'insuffisance avec pouls presque insensible. L'infusion de digitale n'avait apporté aucune amélioration, tandis que la digalène avait modifié très notablement l'état de la malade au bout de vingt-quatre heures. Le pouls était tombé de 130 à 68 après l'ingestion de 8 centimètres cubes et les œdèmes disparurent au bout de très peu de temps. Dans un autre cas, le médicament réussit aussi à conjurer les phénomènes menaçants.

Cependant la digalène pas plus que la digitale n'a d'influence sur certaines formes d'arythmies, par exemple dans la myocardite chronique. Elle diminue le nombre de pulsations, mais le pouls reste arythmique et inégal. Les avantages que possède la digalène sur certaines autres préparations de la digitale lorsqu'on l'administre à l'intérieur, sont qu'elle est bien supportée par l'estomac et qu'elle possède une action rapide, énergique et persistante.

L. JUMON.

Un nouvel hémostatique externe, par SCHŒDEL (*Deutsche med. Wochenschrift*, 25 janvier 1906). — L'auteur se sert d'un mélange de trois parties de charbon de bois pulvérisé et de une partie de permanganate de potasse, auquel il ajoute 4 p. 100 environ de vaseline pour obtenir une pâte. Il est bon de conserver cette pâte, préparée d'une façon minutieuse, dans des tubes, pour éviter qu'elle s'altère au contact de l'air.

On obtient ainsi un excellent topique pour les hémorragies parenchymateuses, l'épis-

De la lactosurie. Études urologiques de médecine comparée sur les états de grossesse, de puerpéralité et de lactation chez la femme et les femelles domestiques, par CH. PORCHER, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. Une monographie de l'*Œuvre Médico-Chirurgical*, brochure grand in-8° (Masson et Cie, éditeurs). 1 fr. 25.

Bien que le titre et le sous-titre de cette étude la rattachent à une question d'urologie, le but du travail que nous présentons aujourd'hui est en réalité un peu différent et l'auteur a écrit ici un véritable chapitre de physiologie et de pathologie générale comparées. Appuyé, d'une part, sur des recherches urologiques poursuivies depuis longtemps et dont il ne donne d'ailleurs qu'un court résumé, et, d'autre part, sur une connaissance moins imparfaite de la physiologie de la mamelle qu'il a contribué à éclaircir et dont il expose les grandes lignes indispensables à la compréhension de ce qui suit, M. Porcher a su condenser et synthétiser en quelques pages un grand nombre de travaux épars, confus et contradictoires. Un des point les plus intéressants de cette monographies est celui qui vise la glycosurie *ante partum*, dont l'explication nous apparaît des plus simples après la lecture du chapitre qui la concerne.

En un mot les physiologistes, les médecins, les accoucheurs, au même titre que tous ceux que la pathologie comparée intéresse, trouveront à glaner dans la lecture de cette étude, qui est le fruit de plusieurs années de recherches.

Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie, par R. PROUST, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Une monographie gr. in-8° de l'*Œuvre Médico-Chirurgical* avec 21 fig. dans le texte (Masson et Cie, éditeurs). 1 fr. 25.

La valeur de la prostatectomie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate n'est plus discutée aujourd'hui. L'extirpation de la glande, dont la possibilité s'est trouvée longtemps mise en doute, est admise maintenant comme le traitement rationnel de l'hypertrophie. Dans cette monographie, le professeur agrégé Proust s'est attaché à étudier les deux méthodes préconisées pour cette intervention : la *méthode périnéale* et la *méthode transvésicale*. La compétence de l'auteur établit les indications de chacune de ces méthodes d'une manière pour ainsi dire définitive. Il étudie successivement : 1° les *lésions* auxquelles elles s'adressent; 2° la *technique* et les *résultats* de chacune des deux méthodes; 3° leurs *indications générales* et leurs *indications respectives*. Le manuel opératoire des deux variétés de prostatectomies se trouve illustré d'un grand nombre de figures qui donnent exactement les différents temps de l'opération. L'étude du Dr Proust, remarquable à tous les points de vue, résume complètement l'histoire chirurgicale de l'intervention sur la prostate.

Précis de Chirurgie infantile, par E. KIRMISSON, professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-18 de x-802 pages, de la *Collection de Précis Médicaux*, avec 462 figures dans le texte. Cartonné toile souple. (Masson et Cie, éditeurs. 12 fr.

En offrant ce Précis au public médical, l'auteur a voulu avant tout faire une œuvre qui fût vraiment utile; utile à l'étudiant en médecine soucieux d'acquérir les notions indispensables à l'exercice de sa profession, et au médecin obligé de suffire à toutes les exigences si nombreuses de la pratique. Aussi a-t-il laissé volontiers de côté tout ce qui est de théorie pure, historique, anatomie pathologique, pathogénie, pour insister surtout sur les connaissances indispensables en clinique, c'est-à-dire sur la séméiologie, le diagnostic et le traitement. M. Kirmisson s'est efforcé, en un mot, non de donner une description uniforme, dans laquelle tout se trouve sur le même plan, mais, au contraire, de tracer un tableau dans lequel soient bien mises en relief les notions principales, en laissant dans l'ombre tout ce qui est de moindre utilité. — Cette branche de la chirurgie représente par excellence la chirurgie pratique, celle que tout praticien doit bien connaître. De la prompte détermination qu'il prendra dans les divers cas de cette chirurgie d'urgence dépendra bien souvent le sort des malades. Pour cela, pas n'est besoin d'une habileté opératoire exceptionnelle, ni d'aides spéciaux, ni d'une installation perfectionnée; il suffit d'une instruction solide. La lecture de ce précis permettra à tout étudiant ou praticien d'en acquérir les données. Un pareil livre devait nécessairement posséder une illustration suffisamment riche, aussi a-t-on à dessein multiplié le nombre des figures, se proposant bien moins de représenter des cas particuliers, que des types classiques qui puissent rendre plus intelligibles les descriptions.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

XVe Congrès international de Médecine (Lisbonne, 19-26 avril 1906). — *Règlement.* — ARTICLE PREMIER. — Le XVe Congrès international de Médecine s'ouvrira à Lisbonne le 19 avril 1906 et sera clos le 26 du même mois. Son but est exclusivement scientifique.

ART. 2. — Seront membres du Congrès :

1° Les médecins qui en feront la demande;

2° Les savants qui seront présentés par le comité exécutif portugais ou par les comités nationaux étrangers.

ART. 3. — Tout membre du Congrès recevra sa carte d'admission, après avoir fait parvenir un versement de 4.500 rs. en or (25 fr.) au trésorier général du Congrès. Cette carte sera nécessaire pour pouvoir profiter des avantages faits aux membres du Congrès.

Les comités étrangers peuvent recevoir les adhésions de leur nationaux. Ils en transmettront les cotisations au secrétariat général portugais, qui leur enverra immédiatement un nombre de cartes égal à celui des cotisations transmises.

ART. 4. — En faisant parvenir leur cotisation au trésorier, les membres du Congrès devront indiquer lisiblement leurs noms, qualités et adresse, la section où ils veulent s'inscrire, et joindre leur carte de visite.

ART. 5. — En dehors des autres avantages, chaque membre du Congrès aura droit au volume de la partie générale du Congrès et aux travaux imprimés de la section dont il fait partie.

ART. 6. — Les sections du Congrès sont les suivantes :

I. Anatomie (Anatomie descriptive et comparée, anthropologie, embryologie, histologie). — II. Physiologie. — III. Pathologie générale, bactériologie et anatomie pathologique. — IV. Thérapeutique et pharmacologie. — V. Médecine. — VI. Pédiatrie. — VII. Neurologie, psychiatrie et anthropologie criminelle. — VIII. Dermatologie et syphiligraphie. — IX. Chirurgie. — X. Médecine et chirurgie des voies urinaires. — XI. Ophtalmologie. — XII. Laryngologie, rhinologie et otologie. — XIII. Obstétrique et gynécologie. — XIV. Hygiène et épidémiologie. — XV. Médecine militaire. — XVI. Médecine légale. — XVII. Médecine coloniale et navale.

ART. 7. — Un Comité et une Commission générale d'organisation sont chargés de la préparation et du fonctionnement du Congrès.

ART. 8. — Le Congrès tiendra séance chaque jour, soit en assemblées générales, soit en réunions de sections.

ART. 9. — Deux assemblées générales auront lieu, l'une le jour de l'ouverture, l'autre le dernier jour du Congrès.

Il y aura en outre les assemblées extraordinaires que l'on jugera nécessaires pour la discussion de sujets généraux ou pour la fixation de conférences scientifiques; leur programme sera fixé par le comité exécutif.

Les conférences ne peuvent pas être suivies de discussion.

ART. 10. — Il sera procédé le jour de la première assemblée générale à la nomination des présidents d'honneur du Congrès.

ART. 11. — Les assemblées générales d'ouverture et de clôture seront consacrées aux discours d'usage et aux vœux à émettre. Ne pourront prononcer de discours dans ces assemblées générales que les membres qui auront été désignés et invités par le Comité exécutif d'organisation.

ART. 12. — Toutes les propositions relatives aux travaux du Congrès devront être notifiées au comité exécutif avant le 1er janvier 1906. Le comité décidera sur la suite à donner à ces propositions.

ART. 13. — Les communications se référant aux travaux du Congrès doivent parvenir au secrétariat général avant le 1er janvier 1906; celui-ci se chargera de leur transmission à la section respective.

Les titres des communications devront être accompagnés d'un court résumé (en forme de conclusions, si possible); cet extrait sera imprimé par les soins du comité exécusif du Congrès et distribué aux membres de la section correspondante.

ART. 14. — On pourra présenter des communications après le 1er janvier 1906 et même pendant le Congrès, mais elles ne pourront être mises à l'ordre du jour qu'après discussion de celles présentées dans le délai prescrit.

ART. 15. — Chaque comité de section organisera son programme de travail (audition de rapports et discussion des sujets proposés, communications diverses).

ART. 16. — Deux ou plusieurs sections peuvent se réunir en une seule assemblée pour des travaux en commun.

ART. 17. — Les membres du Congrès peuvent prendre part aux travaux des sections où ils ne se sont pas fait inscrire.

ART. 18. — Les discours prononcés en assemblée générale et les rapports faits dans les sections seront publiés dans les comptes rendus des travaux du Congrès; pour les communications diverses et discussions, le Comité exécutif se réserve tout droit d'examen. Le temps assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser quinze minutes, et les orateurs qui prendront part à la discussion ne pourront parler plus de cinq minutes chacun.

Les auteurs des rapports et communications auront dix minutes pour leur réponse générale.

ART. 19. — Le texte écrit des rapports, communications et discussions, devra être remis le jour même au secrétaire de la section respective. De même pour les discours en assemblée générale à remettre au secrétaire général.

ART. 20. — La langue française est la langue officielle du Congrès pour les relations internationales. Dans les assemblées générales ainsi que dans les sections, les langues allemande, anglaise et française pourront être employées.

Dans les sections on pourra faire usage d'une autre langue, pourvu qu'un des membres présents en fasse la traduction immédiate dans une des langues permises.

ART. 21. — Toutes les questions ayant trait aux travaux scientifiques des sections doivent être soumises et adressées au président du comité de la section intéressée. Pour tout ce qui concerne l'organisation et le fonctionnement du Congrès, on devra s'adresser au secrétaire général.

ART. 22. — Dans sa dernière assemblée générale, le Congrès désignera le siège de sa prochaine réunion et en élira le bureau.

ART. 23. — Les dames des congressistes auront leur entrée au Congrès dans des conditions, qu'on réglera, moyennant une demi-cotisation.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des Affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr **F. Lagrange**.

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... 6 fr.

ÉTUDE ANATOMIQUE SUR LE COBAYE

Par **Henri Alezais**, docteur en médecine et docteur ès sciences.

Premier fascicule : **Ostéologie, Arthrologie, Myologie.**

1 vol. in-4°, avec 55 figures dans le texte..... 8 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 volume in-8°..... 5 fr.

Philosophie de l'Effort, Essais philosophiques d'un naturaliste

Par **Armand Sabatier**, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier

1 volume in-8°..... 7 fr. 50

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

1 vol. grand in-8°, avec gravures..... 10 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SYPHILIS SECONDAIRE TARDIVE

Par le Pr Alfred FOURNIER,

Membre de l'Académie de Médecine (1).

(*Extrait.*)

Indications thérapeutiques.

..... Ces indications sont de deux ordres : *thérapeutiques* ou *prophylactiques*. Commençons par les premières.

Les syphilis à accidents secondaires tardifs sont des syphilis à contagions tardives. Donc il y a tout intérêt, disons mieux, il y a intérêt *majeur*, en vue de conjurer de tels dangers, à en finir au plus tôt avec la syphilis de cet ordre.

Le bon sens commande donc de recourir en l'espèce à un traitement énergiquement répressif. Ce traitement, quel sera-t-il?

Les théoriciens, que rien n'embarrasse, les « thérapeutistes en chambre », comme les appelait Ricord, ne manquent pas d'intervenir ici pour proclamer que, contre de telles syphilis, « il n'est qu'une seule méthode qui soit de mise », à savoir les injections, et, entre toutes, la fameuse injection de calomel. « L'injection de calomel, a-t-on dit, il n'y a que cela en l'espèce, il n'y a que cela! »

Ce à quoi le vrai praticien répondra : que, d'une part, on peut réussir avec toute méthode d'administration du mercure, pour peu qu'on ait appris à en tirer le parti utile qu'elle peut rendre ; — que, d'autre part, on est généralement appelé en l'espèce à mettre en œuvre non pas une seule de ces méthodes, mais plusieurs successivement ; — et enfin, qu'au lieu d'obéir à un système unique, au lieu d'excommunier comme indigne tout

(1) Chez Rueff, 6-8, rue du Louvre.

autre procédé, il est plus médical et plus sage d'accommoder sa thérapeutique aux indications individuelles relevant du cas particulier.

Mais venons au fait.

Il s'agit de deux choses : 1° pour le présent, supprimer au plus vite les manifestations secondaires d'où peut dériver la contagion ; — 2° pour l'avenir, conjurer le retour d'accidents de même ordre.

A la première indication répond un traitement topique, traitement que je vous ai longuement décrit ailleurs (1) et sur lequel je ne reviendrai pas. A la seconde s'applique le traitement général.

Celui-ci, pour satisfaire à ce qu'on attend de lui, doit être *énergique* et *prolongé*.

1° *Energique.* — L'expérience apprend ceci relativement à l'ordre de cas qui nous occupe : échec certain, si l'on s'en tient à un traitement timide, faible, anodin (par exemple, une pilule de Ricord ou de Dupuytren, une cuillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, comme doses quotidiennes) ; — succès seulement acheté au prix d'une mercurialisation active, voire, au besoin, intensive.

Il y a trois procédés, comme chacun le sait, pour réaliser cette mercurialisation active :

1° Traitement par ingestion. — Susceptible à coup sûr de fournir de bons résultats (comme, par exemple, sur un de mes malades qui, à la huitième année de la syphilis, a été guéri en douze jours, par les pilules de Dupuytren, d'une syphilide croûtelleuse du cuir chevelu datant d'un an, et qui n'a plus présenté depuis lors le moindre accident) ; — mais traitement peu sûr, infidèle, souvent inférieur au résultat définitif qu'on lui demande, et, en tout cas, relativement lent comme effets. — A réserver, faute de mieux, aux cas où, pour une raison quelconque, les frictions ou les injections ne seraient pas applicables.

2° Traitement par frictions. — Certainement, beaucoup plus actif et plus sûr.

Comme exemple à l'appui, je citerai le cas d'un de mes malades qui, de la deuxième à la neuvième année de sa syphilis, a été persécuté, en sa qualité d'incorrigible fumeur, par des accidents secondaires de la bouche extrêmement rebelles, devenant parfois confluents et déterminant alors de violentes et insupportables stomatites. Des traitements de tout genre avaient échoué sur lui, et il ne fut définitivement délivré qu'à la suite d'une longue cure de frictions énergiques (de 4 à 10 grammes comme dose quotidienne), dirigée à Uriage par mon savant ami le Dr Doyon.

3° Mais, je le reconnais, la palme revient ici au traitement par injections. C'est là, à coup sûr, en l'espèce, la méthode la plus rapide, la plus énergique et la moins sujette à défaillances.

A quelle injection convient-il de donner ici la préférence? A l'ordre des injections insolubles massives, je crois ; — et, parmi celles-ci, à l'injection d'huile grise, administrée à la dose d'environ 7 à 8, 9 et même 10 centigrammes de mercure une fois par semaine, et cela pendant cinq ou six semaines.

(1) Voy. *Traité de la syphilis*, t. I.

L'injection d'huile grise a conquis la faveur du public médical, et, vraiment, elle la mérite, Car c'est un bon remède, un remède sûr. Bien positivement, après le calomel, c'est ce que nous avons de mieux. Elle est moins énergique, certes, moins intensive que l'injection de calomel, mais elle a sur cette dernière l'avantage d'être bien mieux tolérée.

Elle est devenue d'un usage très habituel. Aussi, bien qu'étrangères à notre sujet actuel, quelques remarques ne seront-elles pas déplacées ici, relativement à certaines fautes qui sont couramment commises dans la posologie et l'administration de ce remède.

D'abord, c'est un tort de prescrire ce remède sous le nom de « huile grise » sans rien spécifier en plus. Depuis Lang, en effet, il a maintes fois changé de formule. Il est des huiles grises de plusieurs titres, à 30 p. 100, à 40 p. 100, à 50 p. 100. Obligation est de dire au pharmacien laquelle on désire.

C'est un autre tort de doser l'huile grise *par gouttes* et de prescrire une injection à « 3, 4, 7, 10 gouttes ». Pas de dosage exact avec ce système. Pourquoi? Pour deux raisons que voici :

« Qu'est-ce qu'une goutte d'huile grise? Cela est très différemment évalué par les observateurs. A preuve : le nombre de gouttes d'huile grise contenues dans un centimètre cube serait, pour les uns, de 56 ; pour d'autres, de 68 ; pour d'autres encore, de 70, etc. ; et rien d'étonnant à cela, car il varie suivant des conditions multiples.

« Puis, avec un instrument comme la seringue de Pravaz (la seule, sauf exceptions rares, que les praticiens aient en poche), comment espérer un débit exact de l'injection? En effet :

« Avec une huile grise titrée au quarantième, le centimètre cube correspond à 50 centigrammes de mercure, et, par suite, chaque vingtième, c'est-à-dire chaque division de la seringue de Pravaz, à 25 milligrammes de mercure.

« Donc, pour faire avec cette huile une injection de 7 centigrammes de mercure (dose la plus usuelle), il faut injecter trois divisions de la seringue de Pravaz à 25 milligrammes de mercure.

« Or, injecter *exactement* trois divisions, c'est-à-dire *trois vingtièmes* d'un instrument d'aussi petite contenance, est une difficulté presque insurmontable; cela en raison de la minime distance que doit parcourir le piston. Trop faible, la poussée exercée sur le piston restera en dessous de la dose à injecter; trop forte, elle dépassera cette dose (ce qui, comme je m'en suis convaincu, est de beaucoup le cas le plus usuel). Bref, avec cette façon de faire, *pas de dosage précis du remède.* » (Dr Edmond Fournier.)

Deux moyens, seulement, permettent d'obtenir un dosage exact. A savoir :

Ou bien substituer à la posologie par gouttes un système de posologie *par poids*, en formulant l'injection d'huile grise de la façon suivante :

Huile d'olive stérilisée.....	1 centimètre cube.
Mercure purifié.....	*Quantité désirée*, à savoir: 3 ou 4, 5, 6, 7, 8, 10 centigr. de mercure.

On saura de la sorte, exactement, la quantité de mercure contenue dans chaque injection.

Ou bien recourir, pour pratiquer l'injection, à des instruments gradués. C'est en vue de satisfaire à ces indications que le Dr Edmond Fournier a fait construire une seringue spéciale, qui n'est autre que la seringue de Luer modifiée de la façon suivante : d'une part, contenance réduite à un demi-centimètre cube ; et, d'autre part, allongement et amincissement du corps de pompe. Ce double dispositif a pour résultat d'augmenter très notablement la course du piston, et il assure ainsi une mensuration cubique facile à lire et, conséquemment, à observer. Impossible de la sorte de se tromper sur la dose à injecter.

— Autre point. Cette même seringue se prête particulièrement au nouveau mode posologique que je recommande. Soit, en effet, une huile grise titrée à 20 centigrammes de mercure par centimètre cube. Il suffira, avec cet instrument, d'injecter autant de divisions de la seringue qu'on se propose d'injecter de centigrammes de mercure, puisque *chaque division correspond à un centigramme du métal.* D'autre part, la lecture facile des divisions de la seringue exclura tout risque d'erreur dans le dosage.

Quant à la dose, la moyenne active est d'environ 7 *à* 8 *centigrammes de mercure*. Donc, injecter sept à huit divisions de la seringue précédente.

Une injection par semaine.

Il convient en général de ne pas dépasser pour une cure un nombre de *six* de ces injections (environ). Au delà, en effet, il n'est pas rare de voir le remède soit exciter une stomatite quelque peu spéciale et encore peu connue, caractérisée par une tuméfaction sourde et hypertrophique du tissu gingival, soit même retentir sur l'état général en déterminant tels ou tels symptômes de l'intoxication hydrargyrique.

Il est fort rare que l'on soit forcé de faire appel à une injection plus forte, telle que l'injection de calomel. — Je crois celle-ci (même à la dose de 5 centigrammes, que je n'aime guère dépasser) plus active que la précédente; mais, en raison des inconvénients qu'elle comporte et surtout des douleurs violentes qu'elle provoque quelquefois, je lui préfère, et de beaucoup, l'injection à l'huile grise pour les cas courants.

Parfois, en cas d'intolérance pour ce dernier ordre d'injections, on est forcé de s'en tenir à des injections beaucoup plus douces, mais répétées, quotidiennement ou de deux jours l'un. La meilleure en l'espèce me paraît être celle à la solution aqueuse de bi-iodure d'hydrargyre ioduré (1). (Dose quotidienne : de 1 à 2 centigrammes et au delà.)

2° Second point : Nécessité d'un *traitement prolongé*, c'est-à-dire de cures mercurielles répétées. — Et, en effet, relativement aux accidents qui nous occupent, l'expérience clinique apprend encore ceci : qu'après disparition obtenue par une première cure, ils ont une grande tendance à *récidiver* et même récidivent presque infailliblement, si l'on n'a soin d'en prévenir le retour par une *série* de cures spécifiques.

Nous n'avons donc qu'à obéir à cette indication. Or, pour y satisfaire, rien de mieux, je crois que ce *traitement chronique intermittent* que je me suis efforcé, — de vieille date déjà (2), — d'introduire dans la thérapeutique et dont récemment encore je vous donnais les règles.

Une seule remarque à ajouter. — Je vous ai dit qu'il y a généralement avantage, pour la première cure, pour celle à qui l'on demande la disparition des accidents, à recourir à la méthode des injections, voire des injections insolubles. Or, en est-il de même pour les suivantes, pour celles que j'appellerai des cures *préventives* ? Je crois qu'à une époque plus avancée, à l'époque où l'on n'a plus qu'à *prévenir*, « patience et longueur de temps font plus que force ni que rage ». On pourra donc avec tout avantage épargner au

(1) Expérimentée autrefois (vers 1868) par A. Martin, puis abandonnée, et tombée dans un injuste oubli, cette injection a été remise récemment en honneur par les travaux de MM. Barthélemy, Lévy-Bing et Lafay. En voici la formule :

Bi-iodure de mercure	10 centigrammes.
Iodure de sodium pur et sec	10 —
Eau distillée stérilisée	10 centimètres cubes.

Une seringue de Pravaz d'un centimètre cube contient 1 centigramme de bi-iodure (correspondant à $4^{mg},4$ *de mercure).*

« On prépare également des solutions *aqueuses* de bi-iodure de mercure contenant, par centimètre cube, 2, 3, 4, 5 centigrammes et même plus de bi-iodure de mercure associé à poids égal d'iodure de sodium. » (Lafay.)

(2) Voy. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, 1re édit., 1873 ; — et *Traitement de la syphilis*, 2e édit., p. 650.

malade les ennuis et les inconvénients de la méthode des injections, lesquelles finissent à la longue (on ne le croit pas et on ne le dit pas assez) par devenir *énervantes*, *intolérables*, *odieuses*, et leur substituer des méthodes plus douces, plus acceptables, qui seront plus facilement agréées. D'autant, je le répète une dernière fois, que les accidents auxquels nous avons consacré cette étude se relient à des syphilis persistantes, ancrées dans l'économie, et exigeant, pour rester définitivement silencieuses, un traitement toujours assez long.

Donc, en définitive, commencer le traitement par une, deux ou, au besoin, trois cures d'injections; — puis, le continuer et l'achever par des cures plus douces où trouvera place notamment la méthode par ingestion, voilà, ce me semble, le plan de campagne à adopter en principe.

Quant à l'iodure de potassium, je n'en ai pas parlé dans ce paragraphe, et à dessein. C'est qu'en effet je ne lui ai jamais reconnu de vertus curatives ou préventives dans les cas dont il vient d'être question.

*
* *

Indications prophylactiques.

La première et la plus générale des indications de cet ordre se résume en un axiome de prudence, à savoir : *qu'il convient de se méfier de la syphilis* MÊME AGÉE; — non pas, bien entendu, au même titre et au même taux que de la syphilis jeune, car entre l'une et l'autre il n'est pas l'ombre d'une comparaison possible au point de vue des dangers à en redouter; — mais qu'il y a cependant des raisons pour s'en méfier, raisons que vous connaissez du reste par ce qui précède.

Or, précisément, telle n'est pas l'orientation des esprits parmi nous. On ne craint pas la syphilis âgée; on ne se tient pas en garde contre elle; on la considère comme inoffensive; que dis-je même! elle « donne confiance ». Oui, elle donne confiance. A preuve, ce dicton que j'ai entendu cent fois : « C'est une *veine* d'avoir pour maîtresse une *vieille syphilitique*, car elle ne peut plus rien vous donner. »

Nous savons ce qu'il faut penser de telles croyances. Certes il y a une part et une très grosse part de vérité dans le propos populaire que je viens de reproduire, mais il n'est pas la vérité même. La « vieille maîtresse syphilitique » est loin d'être la maîtresse idéalement *sûre* qu'on peut rêver et ne constitue pas un palladium contre la syphilis. Si vous étiez tentés par la « veine » en question, je vous conseillerais de n'en profiter que sous bénéfice d'inventaire. Car il est de vieilles syphilis de tout ordre, d'après l'âge d'abord, puis d'après diverses autres conditions; et, s'il en est de bonnes (passez-moi l'expression, vraiment singulière en l'espèce), qui pourraient justifier leur réputation, il en est, certes, d'autres qui, comme nous l'avons vu par ce qui précède, risqueraient de faire expier chèrement une trop crédule confiance en leur vertu prophylactique.

C'est ce dont témoignera l'anecdote suivante qu'il faut que je vous conte, cela pour vous montrer que l'erreur en question peut même envahir un public instruit et pénétrer jusque dans le monde médical.

Un étudiant en médecine, déjà même assez avancé dans ses études, vient me consulter à Saint-Louis à propos d'une érosion de verge, qui cependant, me dit-il, « ne saurait être suspecte ». J'ai le regret de lui annoncer que, suivant toute vraisemblance, cette érosion n'est autre qu'un chancre syphilitique!

« Un chancre, et un chancre syphilitique! Oh! pour cela, maître, me dit-il, impossible, impossible!

— Et pourquoi?

— Parce que la femme, la seule femme avec laquelle j'ai eu rapport depuis trois mois, a eu la vérole il y a plus de cinq ans, et je l'ai même prise pour maîtresse *à cause de cela.*

— A cause de cela?

— Oui, parce que j'étais bien certain que, l'ayant eue, elle ne l'aurait plus et ne me donnerait rien de mauvais. »

Quelques semaines plus tard, notre jeune étudiant, à l'apparition d'une roséole qui confirma mon diagnostic, dut convenir que sa théorie se trouvait en défaut.

Donc, au point de vue de l'aptitude au mariage (car c'est toujours là qu'il faut en revenir), ce serait une grave imprudence que de se borner à consulter l'âge d'une syphilis pour déterminer un tel problème. On n'est aucunement autorisé à dire à un homme : « Vous pouvez vous marier, puisque votre syphilis est ancienne. » Car, d'une part, il est nombre de syphilis qui, bien qu'anciennes, sont incompatibles avec le mariage; et, d'autre part, indépendamment de l'âge de la maladie, il est nombre de conditions essentielles à analyser soigneusement, avant de se prononcer sur la question d'admissibilité ou de non-admissibilité au mariage.

***

Second point. — S'il convient que le médecin se méfie de la syphilis âgée, il ne convient pas moins qu'il communique cette méfiance à ses clients, qu'il la répande dans le public non médical, qu'il l'a dissémine autour de lui. Et cela pour trois raisons, à savoir :

Parce qu'un danger connu est le plus souvent un danger à moitié conjuré;

Parce que le public non médical est bien loin, comme je vous le disais à l'instant, d'avoir cette salutaire défiance contre la syphilis âgée, qu'il considère, au contraire, comme une garantie, une sécurité.

Parce qu'enfin certains praticiens, ignorants du sujet ou, ce qui est pis, croyant le connaître sans l'avoir étudié, se font les apôtres imprudents de l'innocuité absolue de la syphilis âgée.

C'est donc un devoir professionnel pour nous, médecins, que d'éclairer le public sur un point de cette importance et de le tenir en garde contre les dangereuses hérésies de la doctrine abolitionniste.

Et, *a fortiori*, une obligation nous incombe-t-elle. C'est alors que nous accordons la liberté du mariage à un syphilitique que nous croyons guéri, d'ajouter aux recommandations d'usage en pareil cas quelques mots sur *l'éventualité possible des reviviscences secondaires tardives* et sur les dangers qu'elles comportent. Pour préciser, nous avons devoir

de dire à cet homme qu'il lui faut compter avec l'imprévu et l'improbable; — que, contrairement à nos prévisions et en dépit du traitement suivi, il n'est pas impossible qu'une lésion de ce genre vienne à renaître sur lui, et cela à échéance plus ou moins reculée; — que, si une telle lésion se produit, elle a toutes chances de se produire soit à la bouche, soit aux organes génitaux, mais plus probablement à la bouche; — qu'elle ne manquera pas de se présenter sous les apparences les plus bénignes, avec la physionomie la plus inoffensive, et qu'elle n'en sera pas moins contagieuse pour cela; — qu'en conséquence il ait lui, mari, à s'observer en ce sens le plus attentivement possible; — et qu'à la moindre alerte de ce genre, il observe l'obligation de s'abstenir de tout rapport, de tout rapprochement, sous peine de risquer d'introduire dans son ménage la pire des contagions.

Et puisqu'un vieux proverbe assure « qu'un bon averti en vaut deux », cette instruction sera pour le futur conjoint, croyez-le bien, œuvre de saine et bonne prophylaxie.

***

Un troisième enseignement ressort encore des documents précités. C'est qu'il est des syphilis d'un certain ordre qui exposent plus que d'autres à la contamination secondaire tardive, à savoir, comme exemple et prototype, celle que, — de vieille date déjà, — j'ai qualifiée du nom de *syphilis bénigne à formes secondaires récidivantes*, et que vous trouverez décrite dans mon *Traité de la syphilis* (t. I, p. 780).

Voici le résumé de la description que j'en donnais dans mes cours :

« *Formes légères à récidives.* — Peu remarquée jusqu'ici, bien que très remarquable, cette forme est tout à fait étonnante, voire extraordinaire comme évolution. Elle consiste sommairement en ceci : *une syphilis bénigne à retours incessants d'accidents bénins.*

« La roséole est un type qu'affectent fréquemment ces retours. Et c'est de la sorte qu'on voit certains malades, bien qu'absolument épargnés par la syphilis à tout autre égard, présenter d'incessantes explosions de roséoles (roséoles, à la vérité partielles et parfois étonnamment discrètes) au cours des premières années de l'infection. Il y a plus encore : c'est que parfois ces récidives de roséole se prolongent bien au delà du terme normal de l'étape secondaire, à savoir jusqu'à la sixième, la dixième, la onzième année.

« Ainsi, un de mes clients, en dépit d'un traitement vraiment correct et prolongé, a subi douze invasions de syphilide érythémateuse au cours des six premières années de sa maladie.

« Cette récidivité singulière peut encore se traduire sous d'autres formes.

« De ces formes, une des plus communes consiste en des poussées multiples, indéfiniment récidivantes, de *syphylides buccales*. Ainsi, il n'est pas rare de voir des malades qui, bien qu'épargnés par la syphilis à tout autre égard, restent sujets *pendant une série d'années* à des poussées éruptives qui se portent invariablement et exclusivement sur la muqueuse buccale. Ces poussées affectent la langue le plus souvent, sous forme d'une série d'érosions généralement petites et très superficielles, ou bien encore de petits îlots de *glossite dépapillante*, à surface rosée, lisse et non érosive. Traitées, ces syphilides disparaissent, mais pour reparaître à échéances plus ou moins rapprochées, et cela non pas une ou quelques fois, mais jusqu'à dix, quinze et vingt fois, si ce n'est même davantage encore.

« Une autre modalité qu'affectent encore quelquefois ces syphilides récidivantes est constituée par une curieuse syphilide péribuccale à laquelle sa faculté étonnante de repullulation a même valu le nom significatif de *syphilide péribuccale récidivante*.

« Cette variété singulière de syphilide, que j'ai signalée et baptisée de la sorte il y a déjà de longues années, est de type papulo-circiné. Elle décrit autour de l'orifice buccal (et plus souvent sur la lèvre inférieure que sur la supérieure) soit des anneaux complets, comparables à de petites

bagues ; soit plus habituellement des anneaux incomplets, brisés, des arcs de cercle, des croissants. Dans sa forme la plus pittoresque, elle consiste en une série de segments de cercle qui se réunissent bout à bout (forme dite en *arceaux conjugués*), en encadrant l'une des commissures buccales. — Sans parler de cette physionomie objective qui la recommande à l'attention, elle doit surtout son autonomie à une très singulière faculté de récidive. On l'a vu se reproduire, — et toujours au même siège, c'est-à-dire au pourtour de la bouche, — non pas pour une où quelques fois, mais jusqu'à cinq, six et huit fois au cours des premières années de l'infection. — A noter enfin qu'elle est d'observation bien plus commune chez la femme que chez l'homme.

« Que sont de telles syphilis, à la fois bénignes et vivaces, à la fois rassurantes et décourageantes, rassurantes par la qualité anodine de leurs manifestations, décourageantes par leurs perpétuelles rentrées en scène? — Et pourquoi ces rentrées en scène se font-elles toujours sous la même forme, toujours avec un même symptôme comme expression? — Est-ce là un mode évolutif naturel, propre à certaines syphilis, ou bien n'est-ce là qu'un résultat artificiel du traitement (car les cas de cet ordre semblent être l'apanage de sujets qui se sont traités, voire longuement et correctement traités)? Toutes questions auxquelles il serait encore impossible de répondre.

« Toujours est-il que ces syphilis bénignes à repullulations multiples d'un même ordre d'accidents présentent la maladie sous une forme tout à fait particulière non moins qu'originale. »

De telles syphilis sont remarquables à deux titres : en premier lieu, par la bénignité usuelle des accidents qui leur servent d'expression ; — et, en second lieu, plus particulièrement encore, par leurs retours multiples, répétés, incessants. Or, non seulement cette évolution récidivante se traduit au cours du stade secondaire, mais elle se continue ou du moins peut se continuer dans le stade tertiaire, sur lequel on a vu de telles syphilis empiéter largement, parfois même jusqu'à des échéances lointaines, voire extraordinaires, dont je vous ai cité maints exemples dans ce qui précède.

Les manifestations les plus habituelles de ces syphilis récidivantes sont ou bien des syphilides cutanées (roséoles notamment, syphilides palmaires ou plantaires, variété particulière de syphilide péribuccale dite, non sans cause, « récidivante », etc.) ; — ou bien des syphilides affectant les muqueuses génitales ou buccales, et celles-ci plus souvent encore que celles-là. — C'est assez dire le *danger* de telles syphilis au point de vue de la contagion.

Danger qu'accroît encore la qualité *toujours bénigne* de leurs manifestations, lesquelles ne consistent guère qu'en des érosions superficielles, minimes, le plus souvent inoffensives d'aspect. De telles lésions, en effet, sont exposées soit à rester méconnues comme nature (car on ne s'imagine pas la syphilis sous une telle physionomie, surtout à une époque éloignée de son début), soit même à passer absolument inaperçues.

Comme je vous le disais dans un paragraphe précédent (mais je ne crains pas de me répéter sur ce point), *la bénignité constitue en l'espèce le danger*. On ne se méfie pas de telles lésions ; et, à leur propos, on ne s'abstient pas. Résultat : quantité de contagions n'ont pas d'autre origine.

C'est là ce dont témoignent après coup, quand le malheur est fait, les doléances des malades, très expressives en pareil cas. Ecoutez-les : « Mais figurez-vous, docteur, que je n'avais rien ou presque rien, un *bobo*, une *misère* », à savoir (suivant le cas) un petit bouton à la verge, une fissure à la langue, un aphte à la bouche, une misérable écorchure à la lèvre comme en fait la cigarette, etc. »

Aussi bien est-il absolument vrai qu'en fait de contagion les syphilis les plus redou-

tables ne sont pas celles qui font tapage et fracas, mais bien celles à petits symptômes « de rien », à manifestations bénignes, ultra-bénignes, obscures, inoffensives d'aspect, etc. Les premières, on les voit, on s'en méfie, on en a peur; les secondes, on n'y prend pas garde, on s'y trompe, on les dédaigne, et on les brave.

Besoin est-il d'ajouter comme corollaire que les syphilis de cet ordre sont particulièrement dangereuses pour le mariage, voire incompatibles pour longtemps avec le mariage? De vieille date je les ai signalées et stigmatisées comme telles dans mes leçons sur ce si difficile et si important sujet qui a nom *syphilis et mariage*, et je ne fais que répéter aujourd'hui ce que j'en disais il y a vingt-cinq ans (1).

Donc, messieurs, lorsqu'il vous arrivera d'être consultés sur l'aptitude au mariage d'un sujet éprouvé par une syphilis de cet ordre, redoublez d'attention et de prudence; examinez bien le cas, disséquez-le minutieusement; et, si les derniers symptômes de la syphilis en question ne sont pas déjà notablement lointains, s'ils ne remontent pas, par exemple, à plus de deux ou trois ans, opposez un *veto* absolu à tout projet matrimonial actuel. Puis, instituez le traitement énergique, voire inoffensif, dont nous avons parlé précédemment, et attendez-en patiemment les résultats. Finalement, en pareil cas, soyez sévères, plus sévères que de coutume, c'est votre devoir; et ne délivrez patente nette qu'après un long stage d'observation, pendant lequel la maladie n'aura plus témoigné la moindre velléité de retours offensifs.

Un dernier point est encore digne, au point de vue pratique, de toute votre attention.

Entre toutes les causes adjuvantes de la syphilis secondaire tardive, il en est une qui se place au premier rang, une dont la nocivité est considérable, c'est le *tabac*, le tabac devenu aujourd'hui, chez l'homme, d'un usage presque général; ce qui fait l'importance de ce que je vais dire. Or le tabac est pour les syphilides secondaires buccales non pas seulement une cause d'appel, mais encore une cause d'entretien et une cause de rappel, d'évocation, si je puis ainsi parler. Le tabac, certes, est un *malfaiteur* pour la bouche syphilitique, et ses méfaits y sont de deux ordres : d'une part, il y prolonge, il y éternise la période secondaire, et, d'autre part, il y prépare, il y appelle les décharges du tertiarisme. De complicité avec la syphilis il y détermine une foule d'accidents : syphilides secondaires, syphilides tertiaires, syphilomes, syphilome hypertrophique, scléroses linguales ou labiales, glossites dépapillantes, leucoplasie, etc. A ne parler pour l'instant que de ce qui intéresse notre sujet, c'est lui qui, sans contradiction possible, sert d'origine à ces stomatites, à ces glossites secondaires si étonnamment tenaces, si extraordinairement récidivantes, que je vous ai décrites dans ce qui précède et qui, se prolongeant

(1) « ... Tout d'abord, mauvaises pour le mariage sont certaines syphilis qui, sans être graves, présentent une tendance insolite à la reproduction répétée, à la repullulation réitérée, parfois presque incessante d'accidents variés de forme secondaire, notamment d'érosions des téguments muqueux. C'est ainsi que certains sujets restent exposés pendant plusieurs années, voire quelquefois en dépit du traitement le plus correct et le mieux suivi, à des lésions érosives se localisant surtout à la bouche ou, plus rarement, sur la muqueuse génitale. Ces lésions sont toujours superficielles, limitées, bénignes; elles guérissent le plus facilement du monde, sous l'influence de la cautérisation aidée de quelques soins locaux, mais elles ne guérissent que pour se reproduire, pour se renouveler indéfiniment. Par elles-mêmes, elles n'offrent aucune importance; mais elles n'en sont que plus dangereuses pour cela au point de vue de la contagion. » (*Syphilis et Mariage.*)

parfois jusqu'à des termes avancés de la période tertiaire, risquent de semer sur leur route de nombreuses contagions.

Pour ma part et d'après ce que j'ai observé, j'accuse le tabac, d'avoir été, pour la très grande majorité des cas précités, le FACTEUR RESPONSABLE DES CONTAGIONS BUCCALES; car c'est lui qui a excité, entretenu, perpétué, éternisé dans la bouche des pullulations et des repullulations syphilitiques, qui, sans lui, n'auraient pas vu le jour.

Théoriquement, on croirait des plus simples le remède à des lésions de cet ordre et aux conséquences qu'elles comportent; car le remède, c'est tout simplement le renoncement au tabac. Mais, pratiquement, c'est une tout autre affaire, comme en témoignent l'expérience, et cela même alors (le croirait-on?) qu'il s'agit d'un acte de la vie des plus importants, du plus important peut-être, à savoir du mariage.

Et la difficulté, l'obstacle en l'espèce, vient non pas de la maladie, mais du malade. Je précise.

On ne saurait imaginer (et c'est pour cela que, vieux praticien, j'insiste près de vous, messieurs, sur des choses de pratique que vous pouvez ne pas connaître), on ne saurait imaginer, disais-je, à quelle résistance se heurte le plus souvent le médecin, alors qu'il s'agit d'empêcher un fumeur de fumer. S'abstenir de fumer est pour nombre de sujets un *sacrifice* auquel ils ne peuvent consentir. Il en est bien peu qui, du premier coup, obéissent à cette proscription du tabac. « Demandez-moi, docteur, tout ce que vous voudrez, me disait récemment un malade de ce genre; prescrivez-moi les traitements les plus pénibles, les plus durs, je vous obéirai; mais laissez-moi ma cigarette. » Que de fois encore n'ai-je pas entendu des propos tels que le suivant: « Que voulez-vous? docteur; c'est plus fort que moi, c'est instinctif, c'est machinal, c'est maladif, absurde, tout ce que vous voudrez, mais quand je n'ai pas ma pipe ou mon cigare ou ma cigarette, je suis comme une âme en peine; il me manque quelque chose... D'abord, je ne digère pas, quand je ne fume pas; si, donc, vous m'empêchez de fumer, je ne digérerai plus, et alors?... » Etc., etc.

Or, comme le renoncement au tabac est presque toujours (je devrais, je crois, dire toujours) la condition *sine qua non* de guérison, il suit de là que, dans les circonstances où il s'agit d'un mariage, le médecin a le devoir de l'exiger du malade; et, précisons bien, de l'exiger non pas seulement à l'état de promesse, mais de fait, accompli, réalisé (1).

J'insiste, car nous sommes ici en face de choses de pratique par excellence, en face d'une difficulté de tous les jours, et j'insiste pour dire, de par l'expérience que j'ai acquise sur ce triste sujet, de par les malheurs que j'ai en souvenir, que nous n'avons le droit moral de laisser marier un syphilitique fumeur qu'après un long stade d'immunité buccale complète et après désaccoutumance acquise, démontrée, du tabac. Tant pis pour ceux qui, suivant l'expression d'un de mes clients, trouveraient cela une « rigueur tyrannique »! Franchement, alors que, syphilitique, on aspire à devenir époux et père, ce n'est pas payer trop cher une sécurité d'avenir pour sa future famille, — et pour soi aussi, d'ailleurs, — que de l'acheter au prix du renoncement au tabac.

(1) Feulard a signalé de même ces dangers du tabac dans la syphilis par rapport au mariage : « ... Il y a lieu de se montrer plus sévère par rapport au mariage envers les malades fumeurs et sujets aux érosions buccales, le tabac jouant un rôle manifeste dans la prolongation de la durée contagieuse de la syphilis. »

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 février 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

MM. Chevalier et Scrini présentent un travail sur l'*Alypine*, dérivée de la stovaïne ; dans le corps nouveau il y a fort peu de modifications de la formule de la stovaïne, le bloc chimique principal est identique. L'alypine est une poudre blanche, cristalline, dont les solutions aqueuses sont stérilisables. Sa toxicité est toujours plus élevée que celle de la stovaïne, mais inférieure à celle de la cocaïne. Ce qui caractérise l'alypine est la différence énorme existant entre les effets de l'injection hypodermique et ceux de l'injection intra-veineuse : sous cette dernière forme, l'alypine est à peu près aussi toxique que la cocaïne, et il en résulte que le produit nouveau est beaucoup moins utilisable que la stovaïne.

Les propriétés analgésiques sont les mêmes pour les deux corps, le mécanisme de leur action est identique : l'alypine abaisse la pression sanguine, mais ne produit localement ni vasoconstriction ni vasodilatation : si ce dernier effet s'observe, il est dû à l'action irritante de l'anesthésique. En solution à 3 p. 100, l'alypine provoque de l'irritation du milieu oculaire, et il est bon de ne pas chercher à l'utiliser pour l'anesthésie médullaire, vu l'action intense qu'elle exerce sur le bulbe.

Employée en infiltration, elle n'offre pas d'avantages sur la stovaïne ou la cocaïne.

M. Quinton lit une note concernant les *injections isotoniques d'eau de mer*. L'orateur constate que la vie animale a toujours tendu à se maintenir dans le milieu marin, et que la composition de l'eau de mer est fort voisine de celle des plasmas lymphatique et sanguin.

Une série d'expériences ont démontré que l'on peut saigner à blanc un chien, puis lui injecter de l'eau de mer isotonique, et voir l'animal retrouver ses forces : on peut, sans aucun inconvénient, injecter dans l'organisme de l'animal une quantité supérieure à son poids. En tout cas, on ne voit jamais l'action du sérum physiologique égaler celle de l'eau de mer, qui donne toujours des effets maxima. L'augmentation de poids obtenue chez les enfants athrepsiques est le double de celle que donne le sérum physiologique.

Peut-on comparer les sérums, à composition complexe, à l'eau de mer isotonique ? L'orateur ne le pense pas, car on ne saurait dans le laboratoire faire des solutions identiques à celles fournies par le monde extérieur : des liquides artificiels, ayant la même minéralisation que l'eau de mer, n'ont pas les mêmes propriétés : les œufs d'Oursin, par exemple, ne se segmentent pas dans les mélanges artificiels, alors que dans l'eau de mer ils prospèrent.

Chose bizarre, l'eau de mer stérilisée à 120° perd ses qualités au point de vue des effets sur les phénomènes vitaux.

Si on additionne de l'iode, du fer, etc., à l'eau de mer isotonique, on enraie son action.

M. Bardet rappelle que les questions d'isotonie sont à l'ordre du jour : pour bien des médecins, cette isotonie joue un rôle capital dans la question des sérums injectables, et les formules de ces sérums n'ont pas grande importance. Pour d'autres confrères, le choix de l'eau de mer

comme solution isotoniqueà injecter constitue, au contraire, un perfectionnement notable de cette méthode.

On a, de divers côtés, critiqué le choix des malades soumis à cette médication ; elle semble en tout cas exercer une influence curative indéniable chez les enfants athrepsiques.

M. Laumonier ne nie pas les faits expérimentaux concernant la méthode de Quinton : il estime seulement que l'interprétation de ces faits est erronée. L'idée de l'eau de mer représentant le milieu organique constitue pour l'orateur une pure hypothèse. Certes, il y a des éléments chimiques communs dans l'eau de mer et dans le sérum humain, mais les proportions sont très différentes, et plusieurs composants sont absents dans le sérum humain. En outre, les combinaisons de ces éléments entre eux sont fort différentes, et il en résulte que l'action physiologique de ces deux liquides ne saurait être la même. On sait par exemple que l'eau de mer contient du gypse, qui est utilisé sans doute par les mollusques pour fabriquer leurs coquilles ; ce corps n'a jamais été trouvé dans le sérum humain.

Enfin, il est peu concevable que des animaux ayant entièrement changé d'habitat, ne se soient pas entièrement adaptés à leur milieu nouveau, et que les animaux aériens aient conservé un sérum rappelant l'eau de mer. Celle-ci ne représente pas un milieu vital, car elle ne contient pas d'éléments assimilables : elle ne peut nourrir les cellules.

Il est probable que l'appellation de « milieu vital » doit exercer une certaine action suggestive qui contribue à la bonne réussite du traitement. L'eau de mer donne certes de bons résultats, mais ils ne sont guère supérieurs à ceux de la solution physiologique, et l'orateur a constaté à diverses reprises, à la suite de son emploi, des phénomènes inquiétants d'hypothermie, de dépression qu'il faut sans doute interpréter par un ralentissement des échanges.

M. Hallion, en étudiant l'action des solutions chlorurées sodiques, avait reconnu qu'elles peuvent donner lieu à des accidents, aussi chercha-t-il à mettre divers sels en équilibre les uns avec les autres.

L'injection de chlorure de sodium, même à doses élevées, n'a pas grand inconvénient, puisque l'organisme en contient déjà de fortes proportions. Mais d'autres sels, même introduits en proportions minimes, peuvent être nocifs ou exercer des effets thérapeutiques qu'il est intéressant d'étudier. Une chose ressort des expériences faites, c'est que l'eau de mer isotonique est bien mieux tolérée par l'organisme que la solution chlorurée sodique simple : les inconvénients de cette dernière sont atténués par l'addition d'autres sels.

M. Laufer désire rester sur le terrain clinique ; il croit que l'eau de mer n'est pas une panacée, mais seulement un adjuvant plus ou moins heureusement indiqué. La solution chlorurée sodique a le grand avantage de pouvoir être préparée facilement, d'être stérilisable à de hautes températures, tandis que l'eau de mer demande des soins minutieux de captage, de préparation, etc.

Une objection à l'emploi de l'eau de mer dans les cas les plus dissemblables est celle-ci : cette solution augmente la pression artérielle : or, on la donne à la fois dans la tuberculose pulmonaire, où la pression est basse d'ordinaire, et dans la néphrite, où les hautes pressions sont la règle. Même contradiction au sujet de l'augmentation des déchets produite par ces injections ; chez le tuberculeux, il y aurait lieu plutôt de diminuer cette élimination. L'orateur a du reste observé un tuberculeux torpide, qui eut des hémoptysies à la suite d'injections d'eau de mer.

M. le Pr Perrot se demande pourquoi la stérilisation par la chaleur serait nocive pour l'eau de mer isotonique.

M. Quinton répond qu'il se fait des dépôts de sels et que l'eau de mer, à 120°, attaque les parois du verre dans lequel on la chauffe.

M. Legendre croit nécessaire de reprendre toute la question au début. Les premiers essais de traitements isotoniques furent effectués par le Pr Hayem à l'occasion d'une épidémie de choléra : on injecta à ce moment un liquide n'altérant pas les globules sanguins et destiné à s'opposer à la déperdition de liquides qui s'observe chez le cholérique. Plus tard, on refit des injections chlorurées sodiques pour chercher, dans les néphrites, à laver l'organisme : aujourd'hui, on sait que c'est là une erreur.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses,

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Les hydrates de carbone chez les diabétiques, par MARTINET (*Presse médicale*, 3 janvier 1906). — L'auteur divise la question en trois périodes :

1° La *période classique*, ou d'abstention ou réduction au minimum ;

2° La *période critique*, née des dangers de l'application des règles de la première période et des progrès de la chimie, qui ont montré les différences existant entre l'assimilation des divers sucres;

3° La *période révolutionnaire* actuelle, dans laquelle on ordonne aux diabétiques certains hydrates de carbone. Il cite la cure de pommes de terre de Mossé, celle de farine d'avoine de v. Noorden. Enfin, le sucre ordinaire lui-même, administré à la dose de 35 à 100 grammes par jour, ferait, dans certains cas, diminuer la glycosurie, à condition qu'il soit ingéré par doses fractionnées, sous forme d'eau sucrée ou de café sucré, en dehors de l'alimentation et avant d'accomplir un travail physique.

Le glycogène à la dose de 2 grammes au maximum exercerait enfin une action remarquable sur le diabète, sans doute à titre d'excitant de la cellule hépatique.

E. VOGT.

La tétanie, traitement, par CAMPBELL HOWARD (*The Am. J. of the med. Sc.*, février 1906). — Dans ce travail qui donne neuf observations personnelles, l'auteur distingue la tétanie d'origine gastrique dont il relate six cas, la tétanie d'origine intestinale dont il cite un cas et la tétanie de l'enfance avec deux cas.

Au point de vue du traitement la première indication est de combattre toutes les causes prédisposantes, telles que la diarrhée, les vomissements, certaines intoxications, etc. Dans la variété gastrique on devra pratiquer de fréquents lavages avec de grandes quantités de liquide chaud, soit de l'eau ordinaire, soit avec une solution saline normale ou quelque solution antiseptique légère, comme de l'eau boriquée. Greenfeld recommande une solution composée de 8 grammes de phosphate de soude pour un demi-litre d'eau. Les purgatifs et les vomitifs peuvent également être efficaces et on ne doit jamais oublier les diaphorétiques et les diurétiques. Dans les formes qui sont associées à la gastrectasie il peut être certainement indiqué de pratiquer une intervention chirurgicale. Cunningham et Warbasse ont rapporté neuf cas traités chirurgicalement, avec une mortalité de 33,5 p. 100, tandis que la mortalité des cas traités par des moyens médicaux s'élève de 65 à 70 p. 100.

Les opérations de la gastrojéjunostomie ou de la pyloroplastie suppriment la stagnation du contenu stomacal et préviennent ainsi l'absorption des substances toxiques de quelque nature qu'elles soient.

Dans la tétanie de la grossesse et dans les cas associés à l'absence de la thyroïde, il est indiqué de faire suivre un traitement thyroïdien. Bramwell et Gottstein, Cabot ont obtenu des résultats très remarquables par l'extrait thyroïdien dans des tétanies autres que celles de la grossesse. Maestro, après avoir traité trois cas chez des enfants avec de la glande thyroïde crue ou légèrement cuite, conclut que cette méthode est extrêmement utile, car elle a toujours diminué l'intensité et la fréquence des attaques et a abrégé la durée de la maladie. On a, il est vrai, rapporté aussi des résultats négatifs.

Wassale a obtenu un très bon résultat chez un enfant atteint de tétanie par l'emploi de l'extrait parathyroïdien. Beidl cependant, dans la tétanie expérimentale chez des animaux parathyroïdectomisés, a trouvé que cet extrait ne

donne que des résultats assez légers, alors que de fortes doses de glande thyroïde avaient donné des résultats surprenants.

Quant aux phénomènes spasmodiques, le repos absolu au lit, les douches sur le rachis, les bains froids, les enveloppements chauds, le bromure, le chloral, l'opium et d'autres médicaments ont été essayés avec peu de résultats. L'administration du chloroforme très légèrement poussée peut diminuer la gravité des attaques.

L. JUMON.

Traitement du goitre exophtalmique par le sérum antithyroïdien, par NEWTON PITT (*Brit. med. J.*, 10 février 1906). — Le goitre exophtalmique exige souvent un traitement prolongé et on a employé des médicaments variés, tels que la digitale, la belladone, l'iodure de potassium et l'arsenic. Le résultat a parfois été nul et il a fallu recourir à l'opération. L'auteur dans quelques cas s'est servi du sérum de chiens privés de leur corps thyroïde. Il injecta d'abord 5 centimètres cubes de ce sérum sous la peau, mais dans la suite il l'administra avec un succès égal par la bouche tous les deux jours. Cependant il s'agit ici d'un traitement assez coûteux, ce qui est un obstacle à sa généralisation.

La viande de chèvres éthyroïdées a été essayée, mais sans aucun bon résultat. Sous l'influence du sérum antithyroïdien il a vu souvent diminuer la thyroïde et l'exophtalmie; le pouls est devenu plus long, la transpiration moins abondante, les forces et le poids se sont accrus et le tremblement, l'insomnie et d'autres symptômes nerveux qui ont été les seules causes de mort chez certains malades se sont rapidement amendés, et finalement les malades se sont trouvés dans un état relativement bon; quelquefois cependant il y a eu récidive, et il a fallu recommencer le traitement. L'auteur a traité six cas chez des femmes par cette méthode, en leur appliquant aussi le repos en plein air; toutes ont été très améliorées. Il n'est jamais survenu aucun résultat fâcheux, sauf dans un cas où la malade avait pris 240 doses sans consulter le médecin. Il survint alors des symptômes de myxœdème qui disparurent quand on suspendit le traitement.

L. JUMON.

Traitement de la maladie de Basedow par les rayons de Rœntgen, par WIDERMANN (*Soc. de méd. interne de Vienne*, 11 janvier 1906). — Présentation de trois malades, atteintes de goitre exophtalmique classique, dont la glande thyroïde fut soumise à l'action de tubes mous. Les symptômes ont été modifiés dans une mesure minime, surtout l'exophtalmie et la tachycardie. Dans deux cas les modifications du système nerveux furent remarquables et dans tous les cas on observa une augmentation notable du poids : les conditions matérielles de l'existence n'ont pas changé en cours de traitement, et chez une malade on fut obligé de prescrire une diète sévère pour combattre la polysarcie.

E. VOGT.

Maladies infectieuses,

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Observations concernant la dysenterie bacillaire à Barmen en 1904 et 1905 (*Deutsche med. Wochenschrift*, nos 6 et 7, 1906). — LUDKE a utilisé uniquement, dans la grande majorité des cas, un sérum antidysentérique provenant de chevaux traités par des bacilles dysentériques. Après l'injection de sérum, le nombre des selles a toujours diminué notablement, l'état général s'est relevé, l'appétit a reparu. Dans un seul cas sur 24, le malade, traité au douzième jour seulement, succomba.

Le sérum, fourni par le Prof. Kruse, a été injecté à des doses variables, en général de 10 à 20 cc.

E. VOGT.

Des injections massives de solution saline dans le traitement de la fièvre typhoïde, par J. GARCIA Y MARIN (septembre 1905. *Thèse de Madrid*). — Les principales indications thérapeutiques qu'on doit remplir dans le traitement de la fièvre typhoïde sont les suivantes : *a*) détruire l'agent étiologique; *b*) aider les moyens naturels de défense que possède l'organisme contre l'infection ; et *c*) favoriser l'élimination des substances toxiques d'origine microbienne et organique, dont la rétention est cause de l'état typhoïdique. Les injections salines constituent, d'après l'auteur, le traitement qui remplit le mieux les conditions mentionnées.

La solution à injecter est composée de 7 grammes de chlorure de sodium pour 1000 d'eau distillée; la température sera de 38 à 40°; stériliser à l'autoclave à 120°; la quantité sera de deux litres au moins. La vitesse du courant variera suivant le cas et la tolérance du malade.

Les injections massives de solution saline

déterminent les phénomènes suivants : augmentation de la tension sanguine; abaissement de la température précédé d'une élévation passagère ; augmentation de la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures : abondantes évacuations diarrhéiques et sudations profuses ; excitation des fonctions glandulaires et du système nerveux.

Le mode d'action des injections massives de solution saline est très complexe. L'auteur croit qu'elles agissent en régularisant le métabolisme général de l'organisme, en qui résident les moyens naturels de défense que l'économie possède contre l'infection.

F. BERINI.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement rationnel des fractures des os longs, par P. BOUCHET (*Bull. méd.*, 7 février 1906). — Si les fractures traitées par les appareils plâtrés ne donnent pas toujours les résultats parfaits que l'on semble devoir attendre d'une contention parfaite après réduction, ce n'est pas, comme on pourrait le croire, qu'on eût mieux fait d'adopter la mobilisation comme méthode de traitement, mais parce qu'on a renoncé trop tôt aux appareils amovibles qui permettent de surveiller la réduction. En effet, celle-ci ne se maintient pas les jours qui suivent l'accident. La déformation a tendance à se reproduire sous le plâtre, à la faveur du gonflement. Il faut donc avoir recours, pour les fractures de jambe au vieil appareil de Scultet, qui est supérieur à tous les autres. Ce n'est que six, huit et dix jours après la fracture qu'il faudra appliquer un plâtre qui demeurera trente-cinq à quarante jours. Celui-ci n'aura qu'à assurer le bon résultat au point de vue de la forme, puisque la réduction se maintient alors spontanément. Ces fractures, on le sait, sont les plus difficiles à traiter. A l'humérus, des attelles ouatées latérales peuvent permettre d'obtenir, selon cet auteur, une bonne consolidation, sans qu'il soit utile de recourir au plâtre. Au fémur, l'appareil à extension d'Hennequin lui semble bien le meilleur.

A. BENOÎT.

Traitement opératoire des fractures simples (*British med. Journal*, 18 nov. 1905). — M. Arbuthnot Lane est partisan du traitement opératoire de toutes les fractures et croit que cette méthode ne doit plus rencontrer aujourd'hui de détracteurs, le danger étant devenu nul entre des mains exercées. On trouve donc dans cet article la description des daviers avec lesquels il saisit les fragments et des perforateurs assez simples dont il fait usage, ainsi que des radiographies montrant les résultats obtenus, en coaptant les fragments suivant les cas avec des *fils d'argent*, des *clous à vis*, des *agrafes*. On peut soutenir que la restauration de la forme qu'il poursuit ainsi est devenue aussi nécessaire, puisque possible, que celle de la fonction. Cette pratique rendra surtout des services dans l'âge avancé en diminuant la durée du séjour au lit, si funeste, et les résultats sont d'ailleurs tout aussi bons chez les vieillards que chez les jeunes gens.

A. BENOÎT.

Suture de la clavicule fracturée (*British med. Journ.*, 18 nov. 1905). — Chez un jeune homme ayant eu la clavicule fracturée, au bout de trois semaines, il n'y avait pas trace de consolidation. M. Taylor fit la suture des fragments avec un fil d'argent et obtint seulement alors la coaptation osseuse. Il a eu l'impression qu'on aurait dû la faire plus tôt et qu'on éviterait ainsi une grande perte de temps. Chez les femmes fracturées avec déformation due à une union vicieuse, il est tout particulièrement indiqué d'avoir recours à la suture, dès que la consolidation paraît retardée.

A. BENOÎT.

Ostéotomie sous-trochantérienne contre la luxation congénitale double, par le Dr COVILLE (*Annales méd. chirurgicales du Centre*, 9 novembre 1905). — A signaler l'amélioration de la marche obtenue chez les malades déjà âgés, lorsque la réduction ou la reposition sont impraticables, en faisant d'un seul côté, le plus faible, l'*ostéotomie sous-trochantérienne*. C'est ainsi qu'a agi M. Coville (d'Orléans) chez une fille de treize ans dont la démarche était celle d'une infirme. Le côté droit lui prêtait un appui suffisant, la tête fémorale étant bien fixée dans la fosse iliaque externe, où on la sentait rouler. Quant au membre gauche, il était plus fléchi que le droit. Il y avait aussi de la scoliose à grande courbure, à convexité gauche. Pour toutes ces raisons, le chirurgien s'en prit au membre le plus défectueux, et qui, par son croisement avec l'autre, accentuait le plus la difformité. Il fit une ostéotomie linéaire sous-trochantérienne du fémur gauche. Incision de 3 centimètres, permettant quelques coups de ciseau. Ni suture, ni drainage ; application d'un appareil plâtré immobilisant la cuisse en rectitude absolue et en abduction à 15° pendant

deux mois. Puis, pendant quelque temps, extension continue sur le genou fléchi, pour assurer la consolidation. L'enfant marche fort bien avec une semelle surélevée; ce résultat fonctionnel est donc très satisfaisant.

A. BENOÎT.

Le sérum antituberculeux de Marmorek, par le Pr HOFFA (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 19 février 1906). — L'auteur a traité une quarantaine de cas, souvent pendant des mois, au moyen de ces injections, sans avoir trouvé d'inconvénients à cette médication. Dans un cas de tuberculose chirurgicale avancée, l'effet fut négatif, mais dans beaucoup d'autres cas l'influence sur la température, l'état général et les abcès a été très net : ces derniers guérirent plus rapidement qu'à l'ordinaire.

La réaction locale, au point d'injection, a été violente dans un tiers des cas environ, mais au bout de vingt-quatre heures, en général, tout était rentré dans l'ordre. Comme ces phénomènes présentaient, malgré leur innocuité, quelques inconvénients, on parvint à les supprimer en administrant le sérum par le rectum. Depuis six mois, ce mode d'administration est le seul employé et il a donné toute satisfaction. En dehors de la facilité technique de leur emploi, ces lavements présentent ce grand avantage de permettre l'administration du sérum pendant des mois, sans que l'activité thérapeutique entre en décroissance.

L'auteur conclut en attirant l'attention sur cette médication aussi inoffensive qu'utile.

E. VOGT.

Quelques observations de chirurgie cranienne, par le Dr MIGUEL RAYO (*Revista de Especialidades*. Madrid, septembre 1905). — L'ouverture du crâne, bien que datant des époques préhistoriques, est arrivée aujourd'hui à un tel perfectionnement que la mortalité qu'elle détermine n'est pas plus grande que dans la plupart des opérations courantes.

Dans les blessures par armes à feu, l'intervention est justifiée, mais non les tentatives imprudentes pour extraire la balle.

Dans les fractures de la voûte cranienne, l'abstention est la règle : la discussion sur l'opportunité de l'intervention est permise quand il n'y a pas de blessure, mais seulement dépression peu marquée des fragments; quand la dépression est grande ou s'il existe une plaie, l'intervention est justifiée, et si elle est faite de bonne heure, le malade en retirera plus de bénéfice.

Elle est encore indiquée dans les contusions anciennes du crâne, dans lesquelles les symptômes locaux ou généraux s'accentuent.

Dans les abcès au cerveau, l'opération doit être faite immédiatement après les avoir diagnostiqués; on préférera la craniectomie à la trépanation, et l'incision au bistouri à la ponction par laquelle on s'expose à ne pas trouver le foyer malgré qu'il existe.

La craniectomie large est aujourd'hui le traitement le plus actif et le plus utile dans les épilepsies traumatiques, sans qu'il soit prouvé que, pour obtenir la guérison, il faille extirper les centres épileptogènes, car, même après leur extirpation, les attaques convulsives continuent ou reparaissent.

La tuberculose des os du crâne de forme circonscrite guérit par l'opération dans la plupart des cas, mais nécessite l'extraction des séquestres, le raclage des fongosités, etc.; comme dans les autres tuberculoses chirurgicales, il faut arriver à la complète destruction de la lésion tuberculeuse, et un traitement général doit mettre les malades guéris en état d'éviter de nouvelles invasions du bacille.

La trépanation, dans les cas de ramollissement cérébral est inutile, au moins quant à présent, bien qu'on puisse espérer qu'avec le temps les foyers limités de ramollissement cérébral finiront par être traités chirurgicalement.

Les lésions tuberculeuses du cerveau, difficiles à différencier des tumeurs et abcès, réclament l'intervention : l'extirpation, si elles sont enkystées et énucléables, et l'incision suivie de drainage, si elles sont ramollies. Dans quelques cas rares on peut obtenir la guérison.

Dans les tumeurs cérébrales de la dure-mère ou communiquant avec l'appareil auditif (cholestéatome), l'extirpation est l'unique traitement efficace, limité souvent par la difficulté ou l'impossibilité d'une extirpation totale, par l'hémorragie ou le collapsus qui sont les deux complications les plus à craindre de l'opérateur.

Pour les encéphalocèles, l'unique traitement utile dans quelques cas est l'extirpation; les autres méthodes proposées doivent être rejetées comme inutiles et dangereuses : l'extirpation, surtout quand l'enfant ne compte que quelques mois, donne quelques guérisons et s'impose malgré l'infection méningée à laquelle elle expose et qui est la cause de la mort de beaucoup d'opérés.

Dans la microcéphalie, l'ouverture large du crâne perd des partisans. La craniectomie décompressive peut donner quelques améliorations et est cependant indiquée dans quelques cas.

F. BERINI.

De la suture nerveuse (*Soc. de chir.*, 7 février 1906). — On sait que les fonctions des nerfs sectionnés se rétablissent généralement après une suture bien faite. Aussi la suture nerveuse est-elle devenue aujourd'hui classique et bien réglée. M. Regnier nous apprend toutefois qu'il y a lieu parfois à une deuxième intervention. Dans deux cas, l'un de compression du nerf radial par un cal huméral, l'autre de paralysie sensitive et motrice par section du cubital, la libération ou la suture ne donnèrent pas le résultat espéré. Il fallut dans les deux cas libérer de nouveau le cordon nerveux enserré dans une gangue fibreuse; et presque aussitôt les troubles disparurent. Telle est donc, sans nul doute, l'interprétation qu'il faut donner à quelques échecs de la suture.

A. Benoît.

Résection de 4 mètres d'intestin grêle hernié, par M. Pauchet. d'Amiens. (Commun. à la *Soc. méd. d'Amiens*, 8 novembre 1905). — Hernie inguinale volumineuse et irréductible. La tumeur, quoique mate à la percussion, se composait de l'*iléon* et d'un *mésentère* gras. Il fallut couper au ras de l'anneau tout le contenu (4 mètres d'intestin) et faire l'anostomose latérale avec un bouton qui fut éliminé au bout de quinze jours. Suites particulières, vu la longueur de l'intestin supprimé. Sorti au bout d'un mois, ce malade reprit le régime ordinaire. Il eut une diarrhée incoercible, avec insuffisance de la digestion; mis au régime sec, pâtes, purées, etc... les troubles disparurent. Régime végétarien, pour allonger au besoin son intestin.

A. Benoît.

Injections préventives de sérum antistreptococcique dans les opérations buccales (Comm. au Congrès fr. de clin., oct. 1905). — Le Dr Ch. Willems voudrait voir adopter pour les opérations intra-buccales, notamment pour l'*uranostaphylorraphie*, la méthode des injections préventives de sérum antistreptococcique.

On sait en effet que, parmi les nombreux micro-organismes que renferme la bouche, le streptocoque occupe la première place. Or, le succès « est à la merci de quelques gouttes de pus ».

Ces vues théoriques se sont trouvées justifiées dans la pratique, par d'extraordinaires résultats : plus de teinte grise ulcérée, plus de suppuration et ce, malgré la suppression de tout lavage ou de tout traitement consécutif. L'auteur conseille de ne pas dépasser 20 *centimètres cubes de sérum* la veille; on peut en faire autant le jour même, après l'opération. Il serait bon de ne pas atteindre les hautes doses préconisées par quelques-uns (Denys, Lauwers), qui, chez les jeunes enfants, peuvent donner de la fièvre, de l'urticaire, etc., conditions défavorables à l'opération.

A. Benoît.

La mobilisation des membres inférieurs dans le traitement des phlébites, par G. Berne (*Soc. de médecine de Paris*, 10 février 1906). — Pour l'auteur, il y a lieu de respecter le plus possible l'évolution du caillot et la production du cordon fibreux dû à la phlébite adhérente : les massages, même réduits à l'effleurage, doivent être absolument proscrits au début : on ne les utilisera qu'avec la plus grande prudence, même un mois après disparition de tout phénomène fébrile. Jusqu'à la fin de la quatrième semaine, décubitus rigoureux : défendre toute tentative de s'asseoir sur le lit. L'effleurage, extrêmement léger, sera borné à la région superficielle du pied et à la partie du pied où l'œdème semblera prédominer.

Du vingtième au trente-cinquième jour, mobilisation des orteils et du tarse, flexion et extension du pied. Du quarantième au cinquantième, très légers mouvements de flexion et extension du genou et redressement, s'il y a lieu, de l'équinisme du pied. S'il y a hydrarthrose du genou, malaxation légère du pourtour de la rotule et pansement ouaté compressif. Vers le cinquante-cinquième jour, on commence à incliner les membres inférieurs au-dessous du plan du lit pendant deux ou trois minutes : dès qu'une teinte violacée se manifeste, on place les jambes au-dessus du plan du lit et on applique une bande légère en coton élastique, partant du pied, non serrée, pendant quelques heures.

Le lendemain, on fera soulever le tronc du malade sans fléchir les cuisses sur le bassin, et progressivement on arrivera au moment où la malade (il s'agit des phlébites survenues après les couches) pourra s'asseoir sans fatigue.

Après avoir mesuré, par tâtonnements successifs, le degré de résistance des veines à la pression verticale, on cherchera à placer la malade debout. En cas de vertiges, on cessera ces essais.

Puis vient la période de gymnastique médicale, qui se composera des mouvements suivants :

1° Elévation passive et active des membres inférieurs au-dessus du plan du lit;

2° Mouvements de *circumduction* passifs et actifs du membre inférieur;

3° Mouvements de rotation de l'ensemble du

membre inférieur en dehors et en dedans (activement et passivement);

4° Massage très doux du biceps sural à sa partie externe et des muscles fessiers;

5° Mouvements divers pendant la station debout : marche, rotation du pied en dehors et en dedans, Exercices d'assouplissement, rééducation des muscles vertébraux.

E. VOGT.

Observations sur le traitement des suppurations aiguës par l'hypérémie passive, par FRITZ COLLEY (*Munch. med. Woch.*, 6 février 1906). — Après avoir essayé avec succès le traitement de Bier sur les membres, l'auteur l'a appliqué à des cas plus compliqués et plus difficiles, d'abord dans un cas d'abcès enkysté de la fosse iliaque chez un homme qui présentait les symptômes d'une infection septique grave, au point qu'il refusa de pratiquer une opération. Cependant il appliqua entre les côtes et la crête iliaque une grande ventouse dans laquelle on fit le vide avec une pompe. Les frissons cessèrent le troisième jour, la résistance au point de Mc Burney disparut, il n'y eut pas de suppuration et on ne constata pas de pus dans les selles. Quelques mois après l'appendice fut enlevé, on le trouva oblitéré et adhérent au cæcum, mais l'auteur ne va pas jusqu'à attribuer l'issue favorable exclusivement à la stase. Les exsudats périmétritiques et les salpingites gonococciques soumis à l'application d'une grande ventouse placée à droite ou à gauche au-dessus de la symphyse suivant le cas et en élevant le bassin ont très souvent donné des résultats satisfaisants. Il est évident qu'on ne peut soumettre à ce traitement les femmes ayant une paroi abdominale très épaisse.

Des résultats parfois merveilleux ont été obtenus par la méthode dans la mastite puerpérale et les bubons inguinaux. L'auteur a appliqué ce traitement à dix cas de mastite avec un résultat que ne donnent ni les incisions, ni les cataplasmes. Dans un cas où la suppuration était démontrée par la ponction aspiratrice, la température était redevenue normale au bout de cinq jours, et sept jours après le début du traitement qui consista en deux applications quotidiennes de la ventouse pendant dix minutes, la malade se sentant guérie, cessa le traitement. Le sein était absolument normal lorsque la malade se fit examiner au bout de trois semaines. Sur trois cas d'ostéomyélite aiguë traités par la méthode de Bier, deux ont guéri sans nécrose, dans l'un il fallut inciser un abcès. Le troisième cas s'est présenté dans un état de septicémie trop avancée et a succombé après les incisions profondes. L'application du traitement hypérémique faite ensuite n'apporta aucune modification. Avec le traitement de Bier, les gros furoncles et les anthrax ne sont plus incisés que d'une façon exceptionnelle, et dès la deuxième ou la troisième séance le bourbillon s'élimine. Si l'on commence le traitement dès la première apparition du furoncle, celui-ci disparaît à la première séance. Jamais l'auteur n'a eu à se repentir d'avoir traité de cette manière les furoncles de la face, même de la lèvre supérieure. Toutefois certaines observations montrent qu'il faut être très prudent dans l'application de la bande ou de la ventouse chez les diabétiques, et qu'il vaut mieux s'abstenir s'il s'agit de cas de diabète grave, car on peut déterminer de la gangrène de la peau.

Par contre, les lésions eczémateuses humides ont très bien guéri par le traitement, sans qu'on eût besoin de faire aucun autre traitement général ou local.

Le traitement par l'hypérémie semble agir plus favorablement quand on fait prendre de grands bains de 12 à 15 minutes à 36°-37°. Mais il vaut mieux s'en abstenir dans les affections cutanées et surtout dans l'eczéma humide. La bande doit être enlevée avant le bain. Enfin l'auteur est convaincu que le traitement par la bande se généralisera bientôt, tout comme le chloroforme, les injections de sérum, et qu'il est destiné à renverser nos idées sur l'inflammation et son traitement.

L. JUMON.

L'arrêt de la circulation locale comme agent thérapeutique, par W. STEWART (*The Brit. med. J.*, 27 janvier 1906). — L'auteur décrit une méthode de traitement des affections articulaires et en particulier de l'arthrite rhumatoïde, d'après le type des méthodes d'hémostase par compression appliquées en chirurgie. Elle consiste d'abord à vider les veines de leur sang par l'élévation du membre et la compression, puis à arrêter pendant un temps court la circulation artérielle et la circulation veineuse par une ligature élastique placée autour de la partie supérieure du membre. On agit ainsi sur la circulation de deux façons ou en deux phases qui correspondent à deux états opposés d'anémie ou flux artériel, la première exerçant une action absorbante, la seconde une action stimulante. On peut faire quatre à six applications dans une séance, d'une durée de deux minutes pour chacune et laissant entre elles des intervalles de deux minutes. Trois applications à chaque séance peuvent suffire dans la plupart des cas, et il est utile de faire deux séances par jour. Les résultats cliniques de cette méthode ont con-

sisté dans le grand soulagement de la douleur pendant la période d'anémie; il n'y a pas de douleur consécutive, mais une sensation agréable de chaleur après avoir enlevé le tourniquet. La tuméfaction due à l'infiltration a subi une diminution très marquée après la première séance : les tuméfactions plus consistantes diminuent graduellement et lentement de volume; il y a une amélioration marquée dans la mobilité des articulations qui ne sont pas atteintes d'ankylose. Lorsqu'il est possible de faire l'anesthésie locale au-dessous de la ligature, on a le grand avantage d'agir sur les raideurs articulaires par des mouvements forcés et des manipulations appropriées. Les bons résultats dépendent probablement de la disparition des liquides qui stagnent dans ces tissus et de leur remplacement par du sang artériel pur quand on enlève la ligature.

L. JUMON.

Sur l'anesthésie médullaire, par KRECKE (*Munch. med. Woch.*, 6 février 1906). — L'auteur a employé l'anesthésie médullaire chez 35 malades depuis le mois de mai dernier, 25 fois avec la stovaïne et 10 fois avec la novocaïne. La technique a été exactement celle de Bier : piqûre entre la deuxième et troisième ou la première et deuxième lombaire, en position assise, le dos fortement penché en avant. En général on a employé 0,05 de stovaïne; la novococaïne l'a été à la dose de 0,10 avec III gouttes de suprarénine. L'anesthésie médullaire a été employée dans les opérations d'hémorroïdes, de prolapsus rectal, de fistule, de cancer du rectum, de hernie, dans les opérations sur les membres inférieurs, le testicule, dans la cystoscopie, la lithotripsie et les tumeurs de la région inférieure de l'abdomen. On s'est abstenu d'injections dans les opérations abdominales, car même avec une bonne anesthésie, la traction du péritoine est toujours très douloureuse.

Sur 35 opérations, il y a eu 4 insuccès où il fallut recourir à l'anesthésie générale. Dans 3 autres cas, l'opération fut d'abord indolore, mais la sensibilité reparut au bout de quarante minutes, de sorte qu'on dut revenir à l'anesthésie générale.

Il y a à signaler un cas de mort, mais l'anesthésie médullaire n'en est peut-être pas responsable. Il s'agissait d'une hernie étranglée chez un homme de soixante-dix ans, une grande portion de l'intestin grêle était déjà gangrénée, et au moment où l'on devait dilater le collet du sac, le malade entra dans le collapsus, les pupilles se dilatèrent et le cœur cessa de battre. Tout fut inutile pour ranimer le malade. La ponction lombaire avait évacué un liquide assez fortement sanguin. En l'absence d'autopsie il est assez difficile d'incriminer l'anesthésie médullaire. Dans deux autres cas on observa un collapsus grave, mais passager; dans ces deux cas, c'est la novocaïne qui avait été employée. Quelques malades ont éprouvé en outre une sensation de pression sur la tête, de légers vertiges, des sueurs. Après l'anesthésie, quelques-uns ont éprouvé des douleurs de tête plus ou moins violentes, parfois accompagnées de vomissements, qui sont survenues soit le jour de l'opération, soit trois ou quatre jours après. Ces céphalalgies ont été extrêmement pénibles dans plusieurs cas. Un malade a présenté des phénomènes d'irritation méningée très accentués. L'anesthésie a été mieux supportée par les sujets âgés et affaiblis, ce que Bier avait déjà fait remarquer. Tous ces faits font que l'anesthésie médullaire ne peut être employée d'une façon générale, mais qu'elle est indiquée surtout dans les cas où une anesthésie générale paraît dangereuse, chez les sujets âgés, les cardiaques, les artério-scléreux et dans les affections pulmonaires. L'anesthésie médullaire peut être recommandée dans les opérations sur le périnée et l'entrée du vagin et même dans l'hystérectomie.

L. JUMON.

Stérilisation des mains, par ATKINSON STONEY. (*The Practitioner*, février 1906.) — Des expériences ont été faites par l'auteur pour chercher s'il y a nécessité à porter pendant les opérations des gants dont l'usage offre certains désavantages. La question est donc de savoir si l'on peut stériliser absolument les mains et, dans le cas contraire, si les micro-organismes qui restent sont ou non pathogènes. L'auteur s'est servi de la méthode suivante pour stériliser les mains : brossage avec une brosse à ongles stérilisée avec de l'eau aussi chaude que possible et du savon phéniqué pendant cinq minutes en changeant l'eau plusieurs fois. Frictions avec la gaze stérilisée imbibée d'alcool méthylique, immersion des mains pendant une minute dans une solution aqueuse de biiodure de mercure à 1 : 500. Toute cette stérilisation ne doit pas prendre plus de dix minutes. En tout cas les mains, les instruments, etc., sont rincés à l'eau stérilisée afin d'enlever tout excès d'antiseptique qui pourrait dans ces expériences empêcher le développement des micro-organismes dans les tubes de culture. Mais sur 81 tubes essayés il y en eut 9 qui furent infectés, aussi l'auteur modifia la stérilisation des mains en trempant celles-ci à la fin de

l'opération pendant trois minutes dans un liquide ainsi composé :

Alcool commercial à 90°.....	930
Acide chlorhydrique commercial..	40
Eau.....	330
Sublimé.....	1

De cette manière il n'y eut aucune infection par les staphylocoques, dans un cas un tube présenta des spores d'un bacille non pathogène. Il est donc possible de stériliser complètement les mains ou du moins de les débarrasser de toute bactérie pathogène, par une méthode simple et rapide. Le port des gants pendant l'opération n'est donc pas nécessaire, sauf dans les cas où celles de l'opérateur sont difficiles à stériliser ou sont facilement lésées par les antiseptiques.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

L'hyperesthésie de la muqueuse de l'estomac et son traitement, par DUTTON STEELE (*Therapeutic Gazette*, 15 janvier 1906). — La suppression de la cause de l'hyperesthésie est la partie la plus importante du traitement. Dans 35 cas, l'auteur compte 14 femmes et 21 hommes. Chez les femmes les symptômes gastriques ont semblé être une manifestation névropathique. Le surmenage a paru jouer un rôle important dans la genèse de l'état neurasthénique. Dans quelques cas, l'abus du tabac a été en cause; dans d'autres, on a pu incriminer l'alcool et la morphine. Certains facteurs entretiennent l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique : c'est d'abord une alimentation défectueuse ; comme le malade souffre, il prend des précautions exagérées et s'alimente mal, ce qui entretient son état neurasthénique. Dans certains cas, il existe un degré variable d'anémie mais pas de chlorose; l'auteur croit que cette anémie entre pour une certaine part dans les troubles de l'estomac.

La constipation est très fréquente dans l'hyperacidité, fait qui a été constaté par d'autres auteurs, notamment par von Noorden qui y voit une cause directe d'hyperacidité. Steele a obtenu de très bons résultats des grands lavements d'huile d'olive dans ces cas, surtout quand la constipation datait de longtemps.

S'il y a de l'hyperesthésie, il faut neutraliser l'acidité gastrique dès que le moment de la digestion est passé. Les alcalins seront donnés en quantité proportionnée au degré d'acidité. L'auteur donne du carbonate de magnésie et du bicarbonate de soude à des doses qui varient de 0,30 à 1 gr. 20; en cas de constipation il y ajoute de la poudre de rhubarbe. Les alcalins doivent être donnés en général deux heures après le repas.

Les sédatifs nerveux constituent ensuite une des parties les plus essentielles du traitement de l'hyperesthésie surtout au début. Tels sont les bromures, les valérianates, le jambul et l'asa fætida. Leur action est très utile dans les cas d'hyperesthésie avec faible acidité. Lorsque les symptômes aigus ont cédé, on peut alors combattre la neurasthénie, par exemple avec du fer et de la noix vomique. Dans certains cas on peut avoir recours aux sédatifs locaux de la muqueuse gastrique, au sous-nitrate de bismuth, à la belladone et à l'atropine.

L'alimentation doit être légère et non irritante, quelle qu'en soit la nature. Dans les premières périodes on aura recours au lait, aux œufs, sous diverses formes, aux purées de légumes, à la viande rapée. Plus tard, quand l'irritation cède, on augmente le régime suivant l'état de la sécrétion gastrique et l'état de nutrition du patient. On peut recommander ici la crème et le beurre qui agissent en diminuant l'acidité et en relevant la nutrition.

Pour combattre les crises aiguës d'hyperesthésie on emploie le lavage de l'estomac qui agit plus rapidement que les alcalins et les sédatifs. Si les paroxysmes se montrent le soir et la nuit, on fera un lavage complet vers 6 heures du soir qu'on fera suivre d'un repas composé de soupe aux œufs et de lait. Souvent les paroxysmes ressemblent aux crises douloureuses de l'ulcère et, pour les combattre, le mieux est de prescrire le repos au lit et l'alimentation rectale jusqu'à ce que la crise soit passée. Les cas les plus rebelles d'hyperacidité associée à la douleur et aux vomissements sont les cas d'hypersécrétion, et très probablement les vomissements et la douleur sont dus au spasme du pylore, mais l'étiologie de l'hypersécrétion et de l'hyperacidité est la même dans ces cas et on doit leur opposer un traitement analogue.

L. JUMON.

Vomissements incoercibles dans l'adolescence, par WILFRID BROECKAERT (*La Belgique médicale*, 1re février 1906). — Les vomissements tiennent à beaucoup de causes; dans des cas très rares, la cause réside dans l'hyperexcitabilité limitée des nerfs sensitifs et moteurs de

l'estomac. A part cette sensibilité de l'innervation gastrique, l'état nerveux général est normal, sans excitation, les réflexes cutanés sont même très diminués. On ne peut arriver au diagnostic de ce dernier état que par exclusion successive des différentes autres sortes de vomissements dont on recherchera les causes. Mais il importe surtout de chercher en dernière analyse ce qui provoque cette sensibilité de la muqueuse gastrique. Méconnu dans sa cause, le vomissement ne répondra pas au traitement. Un cas de ce genre traité pour vomissement nerveux d'origine centrale par des bromures, des opiacés, un régime réconfortant, ne fait qu'aggraver le mal et épuiser le malade. L'auteur cite ainsi un cas de vomissements continuels chez un jeune homme de 16 ans, ayant grandi très vite, mais qui n'est ni hystérique, ni neurasthénique, ni nerveux. Il est atteint de dyspepsie et d'anachlorhydrie, par suite d'une mauvaise hygiène et d'un régime défectueux chez un jeune homme déjà affaibli. Cependant cette dyspepsie ne suffit pas à expliquer ces vomissements incoercibles. Il faut admettre ici une instabilité spéciale de l'estomac. Il faut y ajouter un reflux biliaire dans l'estomac, exaspérant encore l'excitabilité locale.

Le traitement a consisté à mettre l'estomac sensible et malade au repos. Pour rétablir le cours normal de la bile et combattre une constipation opiniâtre le malade prit une forte limonade au citrate de magnésie. Des lavages d'estomac le matin à jeun, des enveloppements chauds humides à l'épigastre, du lait et des œufs pendant trois jours, le tout suivi aussitôt d'un régime mixte rigoureusement prescrit, à légumes bien cuits ; le calme et le repos au lit surtout après ces repas améliorèrent très vite la situation. Une cuillerée à café de sel artificiel de Carlsbad fut prise tous les matins. L'eau de lavage ne ramena bientôt plus de bile à jeun, les vomissements disparurent complètement au bout de trois semaines et les selles devinrent dès lors régulières.

L. JUMON.

Lavements et irrigations, par le Prof. STERNBERG (*Deutsche med. Wochenschrift*, nos 6 et 7, 1906). — L'auteur, à propos des lavements évacuants, cite le lavement de savon (un morceau de savon de Marseille gros comme une noix dissous dans un demi-litre d'eau chaude), et rappelle qu'il faut se garder d'employer dans ce but des savons parfumés, car ils peuvent contenir des essences toxiques.

A propos des lavements curatifs, il faut considérer comme une indication de la cure par les lavements d'huile, donnés le soir, la constipation chronique chez les personnes occupées pendant la journée : cette cure ne convient pas aux nerveux dont le sommeil est agité, et ils feront bien de prendre leurs lavements le matin.

Les lavements d'huile sont aussi très efficaces en cas d'adhérences péritonéales ; celles-ci se manifestent d'ordinaire par des crises douloureuses précédant l'acte de la défécation. La cure d'huile sera appliquée deux ou trois fois par an : pendant quinze jours, on donnera un lavement tous les jours, puis tous les deux jours pendant quinze jours, puis deux par semaine et enfin un seul par semaine.

L'auteur n'est pas partisan des lavements de tanin à 1 ou 2 p. 100 dans le traitement de l'entérite catarrhale, car ils provoquent des douleurs et des modifications pathologiques de la muqueuse du gros intestin.

Chez les tuberculeux, la diarrhée est très souvent simplement de cause catarrhale (non tuberculeuse) et peut alors être aisément combattue par des lavages réguliers avec des solutions d'acide salicylique à 3 p. 1.000.

L'auteur est l'adversaire des irrigations dès qu'il y a lieu de soupçonner de l'appendicite, car le danger de perforation intestinale est toujours imminent dans cette affection.

En cas de lithiase biliaire, l'auteur recommande de donner tous les jours des lavements préparés avec un quart de litre d'huile de sésame, un morceau de savon gros comme une noix, un demi-litre d'eau chaude et une pointe de couteau de carbonate de soude pour obtenir une émulsion. L'effet de ce traitement serait remarquable : chez les sujets affaiblis, on se contente d'un lavement tous les deux jours.

L'emploi systématique de lavements simples exerce une action trop souvent méconnue sur la circulation des artérioscléreux : on arrive souvent à enrayer des crises angineuses à pronostic grave par cette simple intervention.

Les lavements médicamenteux proprement dits seront toujours peu abondants (60 gr. p. ex.), à base de guimauve ou de gomme arabique. Parmi eux, l'auteur attire spécialement l'attention sur les lavements au collargol (0, 5 à 1 gr. pour 50) en cas d'accidents puerpéraux.

Les lavements nutritifs seront de préférence composés de lait, un ou deux jaunes d'œuf, une prise de sel et quelques gouttes de laudanum. Les graisses et hydrocarbures sont mal résorbés par le rectum.

Les canules doivent être introduites à une hauteur de 5 centimètres au-dessus du plan périnéal ; les longues canules sont, pour l'auteur, inutilisables, car elles restent presque toujours dans l'ampoule rectale où elles se coudent. On

n'arrive pour ainsi dire jamais à dépasser en hauteur 12 à 15 centimètres.

Les lavements doivent toujours être pris dans le décubitus latéral ou dorsal (quand le malade opère lui-même). E. VOGT.

Traitement électrique de l'occlusion intestinale, par le Dr MITJAVILA (Communication à la *Société espagnole de Physiothérapie*, séance du 14 octobre 1905). — L'auteur fait observer que pour obtenir de bons résultats avec le traitement électrique, il faut faire de bonne heure le diagnostic symptomatique et causal de l'occlusion.

Il faut exclure de ce traitement les occlusions dues au rétrécissement de l'intestin (excepté les formes spasmodiques ou nerveuses), celles qui proviennent d'un étranglement interne, volvulus, invagination. Il est tout à fait indiqué et on en obtient les meilleurs résultats dans les cas d'obstruction par matières fécales, concrétions intestinales ou biliaires, ascarides, etc., et dans les pseudo-étranglements par parésie ou paralysie. Comme souvent le diagnostic causal est difficile à établir, il recommande d'employer immédiatement le traitement électrique.

L'auteur parle très sommairement du courant faradique qu'il trouve indiqué dans les cas légers et préfère le lavement électrique avec la sonde rectale de Baudet, selon la technique suivante : on applique sur la paroi du ventre les plaques métalliques trempées dans l'eau tiède et réunies au pôle négatif; on introduit ensuite la sonde de Baudet dans le rectum en rattachant son extrémité à l'irrigateur et au pôle positif du courant : on laisse pénétrer un demi ou un litre d'eau salée et on fait passer le courant galvanique qu'on gradue de 10 à 50 milliampères comme maximum. Après avoir laissé passer le courant pendant six à sept minutes, on diminue l'intensité au moyen du rhéostat ou des résistances jusqu'à arriver à zéro: on invertit alors le courant et on arrive à la même intensité.

Si pendant ce temps le malade éprouve le besoin d'aller à la selle on interrompt l'opération, mais généralement ce résultat ne s'obtient jamais dès le premier contact et il faut insister pendant quinze à vingt minutes.

Après sept ou huit heures, si la débâcle n'a pas lieu, on donne un autre lavement, et si, à la troisième fois, le résultat est nul, il faut faire appel à la chirurgie.

F. BERINI.

Traitement de la lithiase des voies biliaires (*Soc. de ch.*, 31 janvier et 7 février 1906). — En poursuivant la discussion de ces opérations, M. Lejars signale un mauvais résultat qu'il a eu, dans un cas de tumeur maligne du pancréas traité par la *cholédoco-entérostomie*. D'abord, l'intervention fut très laborieuse; le malade ne survécut en outre que trois jours. En revanche, le *drainage* des voies biliaires, auquel on peut adjoindre la *duodénotomie exploratrice*, après ablation des calculs qu'elles contiennent, est une bonne pratique qui lui a donné, ainsi qu'à M. Tuffier, des résultats toujours excellents. M. Terrier signale à son tour une observation d'ictère avec glycosurie et signes de tumeur de la tête du pancréas, sensible à la palpation. Il posa le diagnostic de *pancréatite chronique* comprimant le cholédoque. La tumeur ne présentait pas les caractères du carcinome. Il se borna à en extirper un fragment; une hémorragie assez abondante s'ensuivit. Le canal cystique était oblitéré; il fut excisé avec la vésicule en entier. Le canal hépatique, très distendu, fut incisé et drainé.

Cette observation semble concerner un cas de lithiase des voies biliaires tout autant que la pancréatite chronique, dont l'examen histologique faite sur le fragment relevé, démontra la réalité. En tout cas, la mort rapide par hémorragie dans les vingt-quatre heures dont fut suivie l'intervention, nous montre qu'il est de mauvaise pratique de toucher au pancréas altéré, ce que nous savions déjà par nombre d'observations antérieures. En communiquant cette observation sans commentaires, M. Terrier a voulu sans doute nous laisser le soin d'en tirer cette conclusion.

A. BENOÎT.

Décapsulation rénale dans la cirrhose hépatique (*Soc. de chir.*, 17 janvier 1906). — L'opération d'Edebohls, dirigée contre la *néphrite*, peut-elle être utilisée dans l'ascite commune? M. Phocas (d'Athènes) l'a tentée chez un homme atteint de *cirrhose* avec ascite, comptant sur l'action diurétique qui se manifeste dans le premier cas. Le rein ne présentait pas de lésion; opération du côté droit seulement accomplie en quinze minutes avec très peu de chloroforme. La diurèse se releva immédiatement. Diminution consécutive du périmètre ombilical de 10 centimètres.

L'opération n'est pas plus dangereuse que celle de Talma.

A. BENOÎT.

Traitement des kystes hydatiques du foie (*Soc. de chir.*, 1906). — M. Quénu voudrait qu'on stérilisât le contenu des kystes hydatiques avant de les ouvrir avec 2 ou 300 grammes de

la solution de formol à 1 p. 100. De la sorte, on préviendrait l'infection péritonéale qui est si fréquente, après la diffusion de leur contenu dans la séreuse. De nombreux chirurgiens, MM. Reclus, Rohard entre autres, déclarent avoir adopté cette pratique, qui n'empêche pas de voir parfois survenir des suppurations secondaires. Le drainage, dit M. Bazy, suffit à conduire le liquide septique dans le pansement, et la complication n'a pas de suites graves. Il n'en est pas moins nécessaire d'adopter la formolisation préalable des kystes et de se ranger à l'opinion de M. Quénu. M. Walther prend en outre la précaution, lorsqu'il ponctionne le kyste, d'entourer le trocart avec une compresse imprégnée de solution formolée. Lorsque la poche contient un grand nombre de vésicules, après avoir entouré la ligne d'ouverture de compresses formolées, on doit ouvrir largement le kyste, le vider de son contenu et essuyer la paroi avec une compresse au formol. Un autre accident consécutif au traitement chirurgical de ces kystes, mais seulement dans les cas où on a enlevé la membrane, c'est la cholerrhagie. M. Tuffier, qui la signale à l'attention, fait observer que cet accident est sans gravité dans la règle, mais qu'il l'a vu entraîner la mort, chez un opéré, malgré une deuxième intervention pour tarir l'écoulement de bile.

A. BENOÎT.

Traitement de la colique de plomb, par DELÉARDE et DUBOIS (*La Presse médicale*, 14 février 1906). — Les auteurs recommandent les injections épidurales de cocaïne : la dose injectée en une fois varie avec l'intensité de la douleur, entre 0,01 et 0,03 de cocaïne dissous dans 2 à 4 cc. d'eau stérile. Quelques minutes après l'injection, la douleur a disparu, et les malades ont une ou plusieurs garde-robes dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection.

Ce traitement a les avantages suivants : disparition rapide de la douleur, cessation presque immédiate des vomissements et de la constipation. Il n'y a aucune contre-indication à employer un succédané inoffensif de la cocaïne pour cette intervention. E. VOGT.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Prophylaxie de la pneumonie, par JAMES ANDERS (*Med. Rec.*, 13 janvier 1906). — Parmi les facteurs qui prédisposent probablement à la pneumonie, l'auteur range certaines lésions dégénératives, surtout de l'appareil cardiovasculaire et des reins, lésions qu'on trouve très fréquemment dans les antécédents des malades atteints de pneumonie. Les conditions d'existence à la maison pendant l'hiver favorisent la multiplication et la propagation du pneumocoque et en même temps tendent à diminuer la résistance à l'infection par les micro-organismes spécifiques. Les sujets âgés sont particulièrement prédisposés à l'infection par le pneumocoque, aussi doivent-ils être l'objet de soins particuliers, surtout pendant la saison de la pneumonie. Pour vaincre les facteurs de la prédisposition individuelle, il faut accorder une attention spéciale à l'aération, à l'habillement et éviter toutes les causes qui produisent la dégénérescence du cœur, du système vasculaire et des reins, comme l'alcool, les excès de toutes sortes, le surmenage. L'expectoration est la principale source d'infection et doit être désinfectée aussi complètement que possible. Un grand nombre de sujets recèlent le pneumocoque dans leur nasopharynx, surtout dans les familles où il est survenu des cas de pneumonie. Il faut donc procéder à un nettoyage et à une désinfection systématique de cette cavité pendant la saison froide, surtout chez les personnes qui sont exposées à contracter la maladie. Il faut encore prévenir la formation des poussières dans les intérieurs et au dehors.

L. JUMON.

Traitement actuel de la pneumonie dans les hôpitaux de New-York, par H. LOOMIS (*Med. Rec.*, 13 janv. 1906). — Après avoir montré que la pneumonie occupe la première place dans les statistiques de la mortalité comme cause de mort, l'auteur pense qu'on peut juger plus facilement de la valeur des méthodes de traitement employées. Il a été frappé de l'uniformité du traitement employé dans plusieurs hôpitaux de New-York et n'a constaté ce fait pour aucune autre maladie sauf pour le rhumatisme aigu. Le traitement a été le suivant : on donne habituellement au malade à son entrée du calomel à petites doses répétées qu'on fait suivre d'une purgation saline le lendemain matin. Les applications locales sur la poitrine sont habituellement réservées aux cas dans lesquels la douleur est intense. Pendant toute la durée de la maladie on adopte le régime lacté exclusif. En ce qui concerne la fièvre, une température de 40° et au-dessus n'est pas nécessairement regardée comme une indication pour un traitement spécial, si elle n'est pas accompagnée de

symptômes nerveux, d'agitation et de délire. Dans ces derniers cas, on applique soit des compresses froides sur la partie antérieure de la poitrine, soit des lotions avec de l'eau alcoolisée. On emploie aussi des lotions tièdes à 28°. La codéine est employée pour combattre la toux, à la dose de 2 centigrammes toutes les quatre heures. Parfois on donne de l'héroïne à la dose de 5 milligrammes et parfois de la morphine. Contre l'insomnie les médicaments les plus employés sont le trional, le véronal et la codéine. L'œdème pulmonaire a été traité par des injections sous-cutanées d'adrénaline, et aussi par l'atropine, les ventouses et la stimulation. Les inhalations d'oxygène ont été réservées aux cas accompagnés de dyspnée et de cyanose, elles ont paru retarder la fin. La strychnine, la digitale et l'alcool sont les trois stimulants cardiaques employés; l'alcool occupe ici la première place. La nitroglycérine n'est employée qu'à l'occasion. Dans un hôpital on se sert d'injections salines dans le rectum, surtout chez les alcooliques dont la nutrition est défaillante; on introduit ainsi 250 cc. d'une solution saline normale, ces injections sont données toutes les quatre heures, elles sont bien gardées et semblent donner de bons résultats. L'auteur demande qu'on emploie plus souvent les injections de morphine à la période d'invasion de la pneumonie, qui dans beaucoup de cas s'accompagne non seulement de choc du système nerveux par suite d'une toxémie subite, mais encore d'une douleur qui contribue beaucoup à la gravité de l'état du malade. Par contre il demande qu'on restreigne l'alcool dont on fait souvent un emploi peu judicieux, enfin on doit éviter de nuire au malade par la multiplicité des médicaments, pratique trop en faveur.

L. JUMON.

Le rôle des solutions salines dans le traitement de la pneumonie, par MADISON TAYLOR (*Medical Record*, 13 janvier 1906). — En 1889 plusieurs médecins américains préconisèrent les injections salines comme dernière ressource dans les cas désespérés de pneumonie. Mais l'auteur invoque leur emploi dans la pneumonie dans d'autres conditions et comme moyen de restituer à l'organisme le chlorure de sodium dont l'organisme est peu à peu privé par suite de l'absence d'alimentation et qui finit par lui enlever ses moyens de défense. Dans un cas de broncho-pneumonie chez un enfant de sept mois, avec température de 39°5, les injections salines seules produisirent une telle modification dans les symptômes que l'enfant fut très bien au bout de soixante-douze heures. Dans onze cas les injections salines de 200 centimètres cubes par jour eurent pour résultat de relever rapidement la pression sanguine, d'augmenter la diurèse, de stimuler le système nerveux. En pareil cas il y a une élévation de température qui peut persister quelques heures, puis survient une amélioration rapide. On ne peut plus accepter l'ancienne opinion que les toxines sont entraînées hors du sang, depuis que Bosc et Vedel, au lieu de trouver l'urine toxique, l'ont trouvée hypotoxique, preuve que les toxines ont été détruites dans le sang.

Chez les adultes l'emploi des solutions salines, même dans les cas désespérés, peut être suivi d'une convalescence soudaine. Bassi a institué ce traitement dans six cas de pneumonie double dans lesquels le pouls présentait des intermittences, avec un cas de mort. Récemment Todd a préconisé l'administration par la bouche d'une limonade contenant par verre 0,60 centigrammes de chlorure de sodium et 0,30 de bicarbonate de potasse avec une cuillerée à café de jus de citron. Un verre de ce liquide est donné toutes les deux heures aux malades adultes. Dans deux cas où l'auteur a employé ce traitement, l'effet a été absolument le même que celui des injections intraveineuses et sous-cutanées.

L. JUMON.

Traitement de la tuberculose pulmonaire unilatérale par le pneumothorax artificiel, par BRAUER (*Munch. med. Woch.*, 13 février 1906). — L'auteur a traité une malade atteinte de tuberculose du poumon gauche en produisant un pneumothorax artificiel par l'insufflation d'oxygène dans la cavité pleurale. Ce cas a présenté ensuite une évolution excessivement favorable. Il s'agit d'une femme de dix-huit ans qui, deux mois après un accouchement, eut de la toux, un point de côté gauche et de l'expectoration, elle maigrit, s'affaiblit, eut des accès de fièvre avec des élévations de température jusqu'à 39° le soir. Sur tout le côté gauche on entendait des râles humides, très abondants, avec affaiblissement du bruit respiratoire du côté gauche. Au sommet gauche survinrent ensuite des signes de fonte tuberculeuse. La radioscopie démontra l'existence de cavernes. Pendant ce temps, la fièvre hectique continuait, l'amaigrissement augmentait. Du côté droit on ne constatait que de légères lésions initiales. Étant donné le pronostic défavorable du cas, l'auteur se décida avec le prof. Kuttner à employer le procédé recommandé par Murphy. L'auteur surveillait le pouls et la respiration, tandis que Kuttner

après une petite incision introduisait dans la cavité pleurale gauche un trocart monté sur une bouteille pleine d'oxygène. On fit passer en dix minutes 1600 cc. d'oxygène chimiquement pur, stérilisé. Malgré les signes d'inquiétude que montrait la malade, la petite opération se fit sans qu'on eût à noter des accidents désagréables. La fréquence du pouls et de la respiration ne fut pas modifiée. La malade ne se plaignit pas de douleurs particulières quand le trocart fut introduit dans la plèvre. Le côté gauche auparavant très rétracté ne présentait plus qu'une très légère différence sur le côté sain après l'introduction d'oxygène. Quelque temps après l'opération la malade déclara que les douleurs du côté gauche avaient disparu. L'examen pratiqué le même jour que l'opération et dans les jours suivants indiqua d'une façon très nette tous les signes d'un pneumothorax du côté gauche, avec refoulement modéré du cœur du côté droit et absence complète d'épanchement. La température s'abaissa d'un demi à un degré pendant les huit jours suivants. Le pneumothorax rétrocéda nettement au bout de dix jours, après quoi les élévations intermittentes de température recommencèrent. On renouvela l'insufflation d'oxygène vingt-quatre jours après la première, alors que la température était remontée à 38° 3. Le poumon se rétracta et à l'air, qui s'était introduit dans la plèvre, on ajouta environ 1800 cc. Le soir même la température s'abaissa à 37° 3, pour rester normale les jours suivants. L'état général se releva ensuite considérablement, le poids a augmenté et la malade se lève. Le poumon droit ne s'est pas modifié.

L. JUMON.

L'albumine dans l'alimentation des tuberculeux, par LABBÉ et VITRY (*La Presse médicale*, 14 février 1906). — On sait que dernièrement on a recommandé, pour lutter chez le tuberculeux pulmonaire arrivé à la période cavitaire, contre la déperdition en albuminoïdes, de suralimenter ces malades ou au moins de faire de la zomothérapie. Les auteurs ont institué, à ce propos, une série d'expériences qui ont démontré que la puissance d'assimilation vis-à-vis des matériaux albuminoïdes est très inférieure à la normale, et décroît régulièrement à mesure qu'augmente la quantité d'albumine ingérée. Quelle que soit cette quantité, la quantité d'azote urinaire total éliminé est restée constante : il existe chez chaque sujet un chiffre limite d'azote. Si on dépasse ce chiffre dans l'alimentation, on surcharge inutilement le tube digestif.

E. VOGT.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Le traitement hydriatique dans les maladies organiques de la moelle, par J. SAGDER (*Medicin. Blœtter*, 8 février 1906). — Jusqu'à présent le traitement hydriatique des affections organiques de la moelle est absolument empirique, aussi l'auteur se borne-t-il à indiquer simplement les faits que lui a enseignés une longue pratique. On doit d'abord se garder de certains traitements. Très souvent un tabétique atteint de douleurs lancinantes est pris pour un rhumatisant et est soumis à des bains de vapeur. Or rien n'est plus néfaste pour les affections en question que les traitements diaphorétiques. D'autre part, on doit très peu recommander l'hydrothérapie froide générale, les douches, les frictions froides, mais bien plutôt les applications locales. Un malade médullaire est extrêmement sensible au froid et réagit très mal surtout lorsque la vessie est atteinte, aussi l'emploi de l'eau froide ne doit être recommandé que lorsque le malade est entraîné, encore peut-on y renoncer sans dommage. Il ne reste plus alors qu'à employer le demi-bain à des températures variant de 24 à 30° pendant trois à quatre minutes, un fois par jour durant la première semaine, deux fois par jour plus tard. Le bandage de corps mouillé, mais bien exprimé, agit avantageusement sur les centres lombaires et les fonctions des réservoirs. Les demi-bains tempérés apportent souvent une très grande amélioration, mais dans tous les cas il faut assurer une réaction suffisante. Beaucoup de tabétiques réagissent mal, et il vaut mieux s'abstenir d'abord pour faire des frictions froides pendant une ou deux semaines, de façon à produire un entraînement de la peau. On a recours ensuite aux bains tempérés qui relèvent l'état général et l'appétit, parfois même certains troubles disparaissent pendant plusieurs mois. Ce sont les douleurs fulgurantes qui sont le plus rebelles au traitement. On a recommandé dans ce cas l'application sur la région lombaire du tube de caoutchouc dans lequel on fait circuler alternativement de l'eau chaude et de l'eau froide ou bien des bains de siège chauds pendant cinq minutes et froids pendant une demi-minute.

Quant aux crises organiques, on n'a à peu près aucune influence sur elles par les applications locales, et il vaut mieux continuer les demi-bains à une température plus élevée et d'une durée plus longue. Dans les cas de troubles

vésicaux sérieux, on peut recourir avec avantage aux bains de siège froids pendant quinze à vingt minutes, pendant le bain on frictionne la région sacro-lombaire. Mais s'il existe un catarrhe de la vessie, on ne doit pas descendre au-dessous de 28°. Les bains de siège froids agissent favorablement encore sur les fonctions intestinales.

Par contre les demi-bains tempérés associés à la gymnastique de Frenkel ont une action des plus favorables sur l'ataxie, et Winternitz assure que la plupart des tabétiques ont retiré de grands avantages du traitement gymnastique et des pratiques hydrothérapiques longtemps continuées. L'amélioration est la règle chez la plupart des malades et les guérisons fonctionnelles ne sont pas rares.

Dans la myélite aiguë comme celle qui survient à la suite des maladies infectieuses, l'auteur recommande, en dehors du repos au au lit, la réfrigération continue du segment médullaire intéressé, par l'application de l'appareil réfrigérant dans lequel on fait circuler de l'eau à 10° jusqu'à ce que l'inflammation cède. Le traitement est le même dans les hématomyélies. Plus tard lorsque la paralysie est déjà fixée, on passe aux demi-bains. La poliomyélite qui est probablement aussi une maladie infectieuse est traitée pendant la période fébrile par les enveloppements mouillés et par les demi-bains tempérés à température plus élevée, dans l'intervalle par le bandage de corps. Après la fièvre, le demi-bain tempéré suffit seul et peut être associé au traitement électrique.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Sur l'otosclérose et son traitement, par KŒRNER (*Munch. med. Woch.*, 6 février 1906). — Il n'y a pas très longtemps qu'on comprenait sous le nom de sclérose de l'oreille moyenne tous les processus qui ont pour conséquence une ankylose des articulations des osselets de l'ouïe. Aujourd'hui on distrait de cette définition générale tous les états consécutifs aux inflammations de la caisse du tympan, qui fixent les osselets d'une façon quelconque et l'on comprend dans l'otosclérose un état se développant insidieusement sans otite moyenne antérieure et dont la fixation de l'étrier dans la fenêtre ovale constitue la principale lésion.

En ce qui concerne le traitement, il est évident qu'on a fait tout ce qui était possible pour combattre une maladie aussi pénible, mais on n'est arrivé par aucun moyen mécanique à mobiliser l'étrier fixé. Les tentatives faites pour amener une amélioration de l'ouïe par l'extraction de l'étrier ont échoué. Même le traitement médicamenteux paraît de prime abord inutile. Un seul médicament pourrait peut-être avoir son utilité, c'est le phosphore. Mirva et Stœtner ont démontré que le phosphore empêche la formation du tissu spongieux normal, au moins dans les os longs en voie de croissance et active la production du tissu osseux compact; Siebenmann a cru peut-être retarder ainsi la formation spongieuse de la capsule du labyrinthe, mais pour le moment les observations sont encore insuffisantes sur la valeur de ce traitement. Les bruits subjectifs sont parfois diminués par le massage pneumatique; l'administration du bromure agit souvent aussi d'une façon favorable quoique passagère. Quelques malades assurent souffrir moins de bourdonnements à la campagne et dans les montagnes qu'au bord de la mer.

Au point de vue prophylactique le médecin de la famille peut déconseiller le mariage aux sujets devenus sourds par suite d'otosclérose. Le médecin peut aussi rendre un grand service au malade en l'empêchant de se laisser prendre aux annonces qui vantent des médicaments et des appareils inutiles et pour lesquels le malade dépense souvent beaucoup d'argent sans retirer le moindre soulagement.

L. JUMON.

La méthode de Bier dans les suppurations aiguës de l'oreille, par STENGER (*Deutsche med. Wochenschrift*, 8 février 1906). — L'auteur applique autour du cou une bande large de 3 centimètres, qui reste, bien serrée, en place pendant vingt-deux heures environ. 18 cas d'otite suppurée aiguë, dont 7 avec complications, ont été ainsi traités. Les malades se sentent soulagés, la sensation de pression locale diminue : l'auteur n'a enregistré aucune action accessoire désagréable. Une contre-indication formelle consiste dans la présence de végétations adénoïdes.

Les recherches de l'auteur lui font préconiser le traitement suivant. On commence par la thérapeutique usuelle, puis quand les premiers symptômes morbides sont enrayés, on commence les applications de bandes.

En cas de mastoïdite, l'auteur, après l'incision, applique sur la peau, au voisinage de la plaie opératoire, une ventouse de Bier, qu'on enlève au bout de trois heures, à moins qu'elle

ne se soit remplie plus tôt. Le lendemain même application (1 à 2 heures). Les deux premiers jours, la suppuration auriculaire augmente, mais elle tombe bientôt.

L'auteur est convaincu que la méthode est un adjuvant précieux pour le traitement classique de l'otite moyenne suppurée.

E. VOGT.

Tympans artificiels en paraffine (*Deutsche med. Wochenschrift*, 22 février 1906).— HAMM reproche à tous les tympans artificiels en usage jusqu'à ce jour d'irriter l'oreille et de ne pouvoir être portés longtemps, aussi préfère-t-il des tympans en paraffine fondant à 45° environ, stérilisée. Ces tympans ne provoquent aucune irritation : quand par hasard la suppuration s'établit à nouveau dans l'oreille, le tympan est repoussé et on le retrouve dans le conduit auditif.

Ce tympan a le grand avantage de fermer hermétiquement la caisse : on peut permettre au porteur de prendre des bains de mer ou de rivière sans crainte de voir pénétrer des liquides en arrière de la masse obturante. L'acuité auditive est souvent améliorée d'une façon remarquable.

Pour introduire l'appareil, on cocaïnise le bord du tympan et la muqueuse de la caisse, on sèche ensuite et on introduit un morceau de compresse pour pansement de grandeur appropriée, préalablement imbibé de paraffine liquéfiée : on applique exactement ce tympan et au bout de peu d'instants la paraffine a durci. Avec un peu d'habitude, on arrive du premier coup à bien placer le tympan artificiel.

E. VOGT.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau,

Dr MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la séborrhée du cuir chevelu, par BROGQ (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 février 1906). — Dans la forme simple, avec sécrétion huileuse et abondante desquamation, faire couper les cheveux (homme) et faire tous les soirs une lotion du cuir chevelu avec : polysulfure de potassium liquide, 30 gouttes, pour un quart de verre d'eau chaude.

On emploie pour cela de petites brosses douces qu'on lave de temps en temps dans l'éther de pétrole. On recommence le lendemain en augmentant de 5 gouttes ainsi que les jours suivants, mais si on déterminait une sensation de brûlure on diminuerait la dose.

Le matin on fait une friction avec une solution alcoolique de formol telle que la suivante :

Formol du commerce....	1 à 5 grammes.
Ess. d'amandes amères, q. s. pour aromatiser.	
Alcool.....	100 grammes.

Si le formol n'est pas supporté, on peut remplacer cette solution par la suivante :

Borate de soude.....	5 à 10	grammes.
Ether sulfurique.....	30	—
Alcool.....	30	—
Eau distillée q. s. pour faire	250	grammes.

Pour favoriser la repousse des cheveux, on peut encore faire des frictions avec :

Acide acétique cristallisé...	5	grammes.
Formol.....	6	—
Chlorhydrate de pilocarpine.	1	—
Alcool à 90°.....	250	—

Lorsque les lésions du cuir chevelu sont plus accentuées, on peut remplacer ce traitement par le suivant :

Résorcine.....	2	grammes.
Soufre...	25	—
Alcool.....	50	—
Glycérine.....	25	—
Eau distillée q. s. pour	300	grammes.

Ce mélange doit être vivement agité au moment d'en faire usage, puis après en avoir mis la quantité voulue dans une soucoupe, on le dépose avec un morceau de ouate sur le cuir chevelu où on le laisse, en ajoutant une certaine quantité pendant cinq ou six soirs de suite pour l'enlever alors par un savonnage. On doit recommencer ainsi plusieurs séries d'applications successives.

Pour la femme, on fait dans la chevelure une série de raies au fond desquelles on dépose ce mélange cinq ou six jours de suite, après quoi on lave la tête et on recommence ensuite les mêmes applications. Dans les séborrhées moins graves, on fait des frictions avec les premiers mélanges en épongeant ensuite avec de l'ouate.

E. VOGT.

Le traitement de la pelade par les courants de haute fréquence, par VASSILIDÈS (*Arch. d'électr. médicale*, 10 févr. 1906). — Se basant sur 14 cas, dont 2 très graves, l'auteur se croit en droit de dire que la pelade est toujours guérissable par les courants de haute fréquence; la rapidité de la guérison dépend de l'étendue

des plaques dénudées, et le procédé le plus rapide est aussi le mieux supporté. On promène le manchon de verre sur les parties atteintes, tantôt en touchant la peau, tantôt en l'éloignant, jusqu'à provoquer une légère irritation : on pourra ainsi faire 5 à 6 séances par semaine.

Les cas légers peuvent être guéris en moins d'un mois. Les deux cas graves ont demandé seize et neuf mois de traitement.

Dans deux cas, des poils blancs apparurent : pour les recolorer, on employa le même traitement, mais il demanda deux fois autant de temps que pour faire repousser les poils disparus.

E. VOGT.

Les dangers de la radiothérapie dans les épithéliomes de la peau, par LEREDDE (*Rev. prat. des mal. cutanées*, janvier 1906). — La radiothérapie ne doit être employée que dans certains cas précis : elle est dangereuse quand l'épithéliome a une marche rapide, puis dans les tumeurs étendues, de date ancienne, car ce traitement peut alors aboutir à des cicatrices empêchant l'élimination des cellules cancéreuses profondes et amener l'inclusion cancéreuse. Dans ces deux cas, il peut se produire une infection mortelle des voies lymphatiques.

En cas de nævus mélanique, on enlèvera les lésions au bistouri, de manière que l'instrument n'ait aucun contact avec les tissus malades. Les autres méthodes, telles que la radiothérapie et surtout la cautérisation, sont extrêmement dangereuses.

E. VOGT.

Des injections de biiodure de mercure dans la syphilis chez les hospitalisés, par BATUT (*Journ. des mal. cutanées*, décembre 1905). — L'auteur, après divers tâtonnements, fait aujourd'hui, dans les muscles de la fesse, des injections quotidiennes de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Biiodure de mercure..	0 gr. 40.
Iodure de sodium....	0 gr. 40.
Eau dist.....	20 grammes.
Us. ext.	

On fait vingt injections de suite ; après un repos de quinze jours, nouvelle série de dix ou vingt injections. L'auteur a fait en tout cinq cents injections, sans abcès, sans induration, sans stomatite (31 malades traités). Les douleurs sont très tolérables.

E. VOGT.

Une nouvelle méthode de traitement de l'acné, par MOSCHCOWITZ (*Med. Rec.*, 13 janv. 1906). — La méthode préconisée par l'auteur n'est autre que celle de l'hypérémie veineuse pratiquée sur les parties molles à l'aide de ventouses sèches et appliquée par lui au traitement de l'acné. Huit cas ont été traités de cette manière, et les résultats ont été assez bons, comparés à ceux que donnent les méthodes ordinaires, pour que l'auteur ait été engagé à publier ces résultats. Bien que ces cas soient peu nombreux, plusieurs ont été traités pendant des mois et des années sans aucun résultat. La méthode est très simple. Une ventouse sèche munie d'une poire en caoutchouc constitue tout l'appareil. Le diamètre de l'ouverture de la ventouse varie d'un pouce à un pouce et demi suivant la partie de la face sur laquelle on l'applique. La ventouse est appliquée sur la région affectée pendant une heure chaque jour, de préférence le soir. Si l'application est faite deux fois par jour, pendant une heure chaque fois, on obtient des résultats plus rapides. L'action aspiratrice de la ventouse doit être légère pour deux raisons ; la première est qu'une forte aspiration n'est pas aussi efficace, qu'elle peut même aggraver la maladie, la seconde est qu'elle produit un anneau d'hypérémie qui peut mettre plusieurs jours à disparaître. La ventouse doit être enlevée toutes les minutes ou les deux minutes et réappliquée ensuite pour permettre de nouveau l'afflux du sang. Les applications sont faites sur les parties de la face où les pustules d'acné sont le plus nombreuses et sont répétées chaque jour sur la même place jusqu'à ce que les pustules aient disparu. On continue ensuite sur d'autres points. Il faut en général de deux à cinq applications sur chaque place pour obtenir un résultat satisfaisant. Cette méthode n'empêche pas l'apparition de nouvelles pustules, bien que la récidive soit beaucoup moins fréquente qu'avant le traitement. Aussitôt qu'une pustule reparaît, il faut appliquer la ventouse jusqu'à la disparition de la lésion.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Du rétrécissement congénital de l'urètre chez l'homme, par BAZY (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 17 mai 1905). — A propos de trois observations de rétrécissement congénital de

l'urètre chez l'homme, l'auteur développe les caractères qui permettent d'affirmer l'origine congénitale de ces rétrécissements.

1° *L'absence d'antécédents.* — On ne retrouve pas de blennorragie dans les antécédents du malade, même en posant la question sous le vocable de simple échauffement, voire même d'écoulement; on ne trouve également aucun antécédent de traumatisme du côté de l'urètre (cathétérisme, corps étranger, chute ou coup sur le périnée, etc...).

2° *Les commémoratifs.* — Le malade accuse souvent de la difficulté de la miction, il est obligé de pousser pour uriner, et ce symptôme a quelquefois toujours existé depuis l'enfance, au point qu'il le regarde comme un phénomène naturel, et qu'il est tout étonné de la quantité d'urine qu'il rend et de la grosseur de son jet, après l'urétrotomie.

3° *Les signes actuels.* — L'arrêt de la boule de tous les explorateurs au même point de l'urètre, comme si elle était arrêtée par une barrière transversale; cependant l'absence de ce signe ne serait pas en contradiction avec l'idée du rétrécissement congénital, celui-ci peut être quelquefois infundibuliforme. D'autres signes moins importants peuvent coexister, l'atrésie du méat, l'intégrité parfaite du canal entre le méat et le point rétréci.

4° *Caractères révélés par l'opération.* — L'urétrotomie interne donne une quantité de sang relativement plus grande que lorsqu'il s'agit de rétrécissements inflammatoires : ceux-ci sont constitués par un tissu peu vasculaire, tandis que le tissu des rétrécissements congénitaux présente une vascularisation à peu près égale à celle des parties voisines. En outre, en poussant la lame de l'urétrotome, on ne sent pas la même résistance que présentent les autres rétrécissements. Un des rétrécissements mesurait 4 centimètres : ce caractère paraît contradictoire, car il semblerait que si on admet que les rétrécissements congénitaux de l'urètre sont dus à la persistance de la membrane cloacale, ils doivent être valvulaires ou du moins présenter une épaisseur peu prononcée. On peut répondre à cette objection que la membrane cloacale n'ayant pas régressé, peut présenter une épaisseur appréciable, et que la portion périnéale du bourgeon uro-génital peut contribuer à la constitution du rétrécissement, ce qui expliquerait sa longueur. D'ailleurs la participation du bourgeon uro-génital à la formation des rétrécissements congénitaux est prouvée par ce fait qu'on ne les trouve pas toujours à la partie postérieure de l'avant-canal : dans une observation ce rétrécissement siégeait à un centimètre de l'angle péno-scrotal.

5° *Symptômes consécutifs à l'opération.* — L'incontinence d'urine, qui est le signe fonctionnel capital des rétrécissements congénitaux de l'urètre, disparaît après l'urétrotomie : elle tend à reparaître dans les cas où une dilatation méthodique consécutive n'entretient pas le calibre du canal.

M. DESCHAMPS.

Rétention aiguë chez les rétrécis, par NOGUÈS (*Bull. de l'Enseignement professionnel*, 1905). — La rétention aiguë, c'est-à-dire la rétention complète survenant brusquement, peut apparaître sans cause appréciable, quelquefois à la suite d'excès de table ou de coït, ou d'un voyage fatigant, souvent à la suite d'une dilatation maladroite (bougie laissée trop longtemps en place, trop grand nombre de bougies passées dans la même séance, dilatation forcée, etc...); dans ce cas la rétention peut survenir avec un canal permettant le passage de bougies d'un numéro déjà assez élevé, les envies deviennent plus fréquentes, douloureuses, puis la rétention s'établit ordinairement le soir même.

Le médecin appelé auprès d'un rétentionniste rétréci doit se munir de quelques explorateurs à boule pour explorer le canal, quelques bougies filiformes (une droite, une baïonnette, et une en tire-bouchon); les petites sondes inférieures au 8 ou 10 sont inutiles, car leur lumière est insuffisante pour évacuer la vessie, elles se bouchent à tout instant.

Les bougies filiformes ne seront poussées que très lentement dans le canal; la baïonnette ou le tire-bouchon passent plus facilement, car la lumière du rétrécissement est ordinairement excentrique. La bougie filiforme introduite doit être laissée à demeure, quand elle a franchi le rétrécissement; on la fixe au gland avec des fils de coton.

La présence de cette bougie à demeure, aidée des bains de siège, suffit ordinairement à faire uriner le malade entre la bougie et le canal; il arrive à vider sa vessie au bout de quelques heures par des mictions successives. La bougie sera maintenue en place pendant quatre jours, au bout desquels on commencera une dilatation lente et progressive, en ne passant jamais plus de trois bougies dans la même séance, et en commençant toujours par le numéro passé le dernier à la précédente séance.

Si on n'arrive pas à passer la bougie filiforme, on fera la ponction de la vessie, que l'on répétera autant de fois qu'il le faudra, en essayant dans l'intervalle de passer la bougie, on y arrivera presque toujours : dans le cas contraire, on ferait l'urétrotomie externe sans conducteur.

Si la rétention persiste après l'introduction de la bougie, on y substitue une bougie armée et on fait l'urétrotomie interne d'urgence.

Pour les rétrécissements traumatiques, l'indication est la même, mais l'urétrotomie externe trouve plus d'indications à cause de la difficulté d'introduction de la bougie filiforme.

M. DESCHAMPS.

Lymphangite pénienne gonococcique, par SCHULTZ (*Deutsch. med. Woch.*, 1905). — Cette lymphangite de la racine de la verge apparût trois jours après un coït suspect; du côté de l'urètre il n'y eut aucune douleur à la miction, ni aucun écoulement, on constata seulement la présence de filaments contenant des cellules épithéliales et quelques globules de pus, mais sans gonocoques. Le malade présenta quelques jours après l'apparition de la lymphangite, des accidents de rhumatisme, et la ponction des articulations permit de constater la présence de gonocoques dans la sérosité articulaire : la métastase gonococcique semble donc avoir eu pour point de départ la lymphangite pénienne sans qu'il y ait eu infection urétrale.

M. DESCHAMPS.

Dangers de la position sus-pubienne de la vessie, par VICTOR PAUCHET (*L'Echo médical du Nord*, 4 février 1906). — L'auteur rapporte le cas d'un vieil urinaire qui faillit succomber à la suite de la petite intervention de la ponction de la vessie. Le malade fut atteint non de péritonite, mais de simple péritonisme par infiltration sous-séreuse d'urine. Après une incision médiane, l'auteur trouva le tissu prévésical et la cavité de Retzius infiltrés d'urine à odeur ammoniacale. Incision de la vessie, grands lavages. L'index gauche découvre une prostate saillante autour du col énucléable. A l'aide de ciseaux tenus de la main droite, l'auteur incisa la muqueuse en arrière du col, puis plaçant l'index droit (main gantée) pour caler la prostate, l'index gauche la décortique par en haut. L'extirpation dura quatre minutes, la tumeur pesait 65 grammes. La température tomba dans les quarante-huit heures. Trois jours après le malade sortait de sa torpeur, le hoquet disparaissait, le ballonnement s'affaissait. Les lèvres de la boutonnière vésicale étant fixées aux muscles droits par deux fils, un drain gros et dur fut introduit dans le bas-fond vésical et fixé à l'hypogastre. Pendant quinze jours on fit des lavages oxygénés copieux qui entraient par l'urètre et ressortaient par la plaie sus-pubienne. Le drain fut supprimé le quinzième jour. Le malade dut être endormi pour lui fermer la fistule quelques semaines plus tard.

La prostatectomie sus-pubienne a été faite d'urgence, presque comme un cathétérisme, au lit du malade.

De cette observation et d'autres semblables, l'auteur conclut que la ponction sus-pubienne peut être dangereuse et causer la mort; que la prostatectomie sus-pubienne d'urgence peut être une opération facile, bénigne et efficace.

L. JUMON.

Rupture de la vessie, par LOUMEAU (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 27 octobre 1905). — Il s'agit d'une malade atteinte d'infiltration urineuse de la cavité de Retzius, consécutive à une perforation de la vessie, ayant eu pour cause occasionnelle des efforts de vomissements. Cette infiltration urineuse avait déterminé un énorme phlegmon avec septicémie grave : l'incision amena la guérison de ces accidents septicémiques et de la perforation vésicale.

La perforation s'était faite au niveau d'une adhérence fibreuse de la paroi vésicale aux tissus périphériques de la cavité de Retzius, consécutive à un traumatisme de la région hypogastrique (coup de timon) et remontant à trente ans. Depuis cette époque, la malade n'avait jamais cessé de souffrir, et dans ces dernières années elle avait des crises de rétention par parésie vésicale; cette parésie s'expliquait par cette adhérence à la paroi abdominale constituée par du tissu de péricystite scléreuse et circonscrite, sans doute consécutive à un épanchement sanguin déterminé par la contusion hypogastrique.

M. DESCHAMPS.

Prostatite et sécrétion prostatique, par POSNER (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 6 mars 1905). — L'élément caractéristique de la sécrétion prostatique est constitué par des granulations de lécithine. Lorsque ces granulations sont contenues dans les leucocytes, on peut diagnostiquer une prostatite par stase : c'est la stagnation du liquide prostatique qui provoque l'extravasation des leucocytes. Ce symptôme se rencontre dans les prostatites aseptiques dues à la fatigue, aux abus sexuels, à l'hypertrophie de la prostate. Ces prostatites doivent être traitées par le massage et l'électricité.

M. DESCHAMPS.

Pyélite dans la grossesse, par SMITH (*Journal of Obst. and Gyn. of the British Emp.*, août 1905). — La pyélite au cours de la grossesse

reconnaît comme causes prépondérantes, la compression de l'uretère, le plus souvent à droite, et l'infection par le colibacille. (Vinay a publié un cas d'infection à streptocoque).

Un grand nombre de pyélites ignorées évoluent au cours de la grossesse : elles sont la plupart du temps justiciables du traitement médical par le repos au lit, les révulsifs, la diète lactée et les antiseptiques urinaires, urotropine, benzoates et salicylates. Quelques cas graves doivent être enrayés par l'accouchement provoqué.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la tuberculose rénale par le gaïacol, par SCHULER (*Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, XV, 1 et 2). — D'après Max Schüller, il serait possible de guérir d'une façon complète et définitive la tuberculose rénale au début par l'administration du gaïacol à l'intérieur sans interruption pendant plusieurs mois. L'auteur conseille la formule suivante, à prendre en cinq ou six fois dans la journée :

Gaïacol.....	XII à XX gouttes.
Eau.....	130 à 200 grammes.

Pour les enfants, on administre de III à XIII gouttes suivant l'âge. Il rapporte deux cas de guérison maintenue depuis treize ans et depuis huit ans, à la suite du traitement par le gaïacol « per os » combiné aux injections interstitielles de gaïacol iodoformé dans le testicule et dans l'articulation coxo-fémorale ; ces injections amenèrent également la guérison de lésions tuberculeuses concomitantes de ces organes.

Le gaïacol employé doit être très pur, rectifié par réfrigération.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie,

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Traitement de la fièvre d'alimentation chez les enfants, par EUSTACE SMITH (*The Brit. med. J.*, 10 février 1906). — Sous le nom de fièvre d'alimentation, l'auteur a décrit un syndrome consistant en accès de fièvre survenant subitement et accompagné de signes plus ou moins prononcés d'affection gastrique, durant dans sa forme aiguë plusieurs jours et parfois quelques semaines dans une forme plus lente.

Le régime est de la plus grande importance pour prévenir et arrêter ces accès. Il faut d'abord supprimer les hydrates de carbone et tous les aliments qui sont capables de déterminer une fermentation dans l'intestin donnant lieu ensuite à une auto-intoxication. Les farineux et le sucre doivent être donnés avec précaution, mais il faut surtout éviter les soupes faites avec du lait et du tapioca, riz, sagou, etc. Le lait même, sauf en très petite quantité, est nuisible et il est très dangereux de donner le régime lacté associé aux aliments farineux. Smith croit que dans beaucoup de cas la fièvre est lente à se dissiper parce qu'on est imbu de cette idée que le lait est le meilleur aliment à donner dans ces cas. Dans tous les cas il est prudent d'exclure le lait de l'alimentation tant que la température reste au-dessus de la normale, surtout après le repas du soir. Par contre, il faut prohiber les acides, les pommes cuites, le raisin, les oranges, en raison des fermentations qu'ils déterminent avec les aliments auxquels ils sont mélangés.

Le régime qui convient dans ces cas se compose de mouton, de volaille, poissons blancs, légumes verts bien cuits et œufs. On peut y ajouter du beurre avec du pain rassis, des biscottes. Les aliments salés, tels que les salaisons, le jambon de conserve, les sardines, les anchois, peuvent être permis. Ces aliments qui sont inconnus à la nursery sont en réalité absolument inoffensifs et remplacent très bien la marmelade et la confiture. Pour être efficace, le régime doit être sévère, son but étant de mettre un terme à la fermentation, qu'une très petite quantité d'aliments fermentescibles peut réveiller.

En même temps il faut instituer un traitement préventif du catarrhe et des troubles digestifs. L'enfant doit sortir, mais on doit le garantir du froid en l'habillant chaudement. Les jambes doivent être garanties par des bas de laine à la maison comme dehors, en été comme en hiver, d'autant plus que le catarrhe gastrique récidive très facilement chez les enfants prédisposés.

L. JUMON.

Emploi du babeurre alcalinisé chez le nourrisson, par MOLL (*Archiv. f. Kindhk.*, 42, nos 5 et 6). — L'auteur reconnaît d'abord que le babeurre ordinaire acide rend de très bons services chez les enfants bien portants comme chez ceux qui sont malades, soit à titre d'aliment accessoire pour ceux qui sont au sein, soit comme aliment artificiel exclusif. Mais souvent cette action favorable prend fin au bout d'un certain temps, il peut survenir un arrêt dans l'augmentation du poids de l'enfant ou

bien des troubles gastro-intestinaux parfois graves. C'est ce qui a engagé l'auteur à préparer un babeurre alcalinisé. On ajoute à un litre de babeurre 52 grammes d'une poudre de la composition suivante : sucre de lait 20 gr., sucre de canne 20 gr., farine de riz diastasée 9 gr., bicarbonate de soude 3 gr. Dans ce babeurre alcalin bouilli se trouve un excès de caséine, de fins flocons de corps albuminoïdes insolubles et une albumine de consistance plus molle que ces derniers. Ces propriétés associées à une neutralisation des acides font que le babeurre alcalin peut être donné exclusivement avec un résultat prolongé et pendant longtemps; on évite ainsi certains mécomptes qui ne se produisent qu'avec le babeurre acide. De nombreuses observations sont citées par l'auteur à l'appui de son opinion. L. JUMON.

La ponction lombaire chez l'enfant, par le Dr LEG (*Annales de la Soc. médico-chir. d'Anvers*, décembre 1905). — En ce qui concerne la technique chez l'enfant au-dessus de deux ans, l'auteur recommande de toujours choisir l'espace sacro-lombaire pour faire la ponction, afin d'éviter de léser la moelle. La ponction lombaire et l'examen du liquide rachidien sont un moyen puissant pour éclaicir certains diagnostics des maladies des méninges.

Au point de vue thérapeutique, on a pu recourir avec succès à la ponction lombaire dans les hydrocéphalies aiguës et chroniques, dans la méningite séreuse, la céphalalgie chlorotique et syphilitique, puis dans diverses méningites. Dans la méningite tuberculeuse on a pu obtenir l'amendement de symptômes. Mais c'est surtout dans la méningite aiguë que la rachicentèse a montré son efficacité; non seulement la céphalalgie et l'agitation diparaissent, mais bien souvent encore le malade guérit. Dans la méningite infectieuse, l'évacuation répétée du liquide séro-purulent est très favorable à la guérison. Dans la méningite à pneumocoques, on a vu par la rachicentèse des malades guérir et conserver intacte leur intelligence; quelques cas de guérison ont été observés dans la méningite cérébro-spinale à la suite de la ponction, qui a encore donné des résultats remarquables dans l'urémie, la chorée, la coqueluche avec symptômes de méningisme, la surdité avec bourdonnement et vertiges, l'incontinence d'urine. Enfin on peut rattacher à l'emploi thérapeutique de la ponction lombaire la rachicocaïnisation, les injections antitétaniques plus efficaces par le canal rachidien que par la peau et les injections de lysol dans les cas de méningite cérébro-spinale.

L. JUMON.

Calciurie chez l'enfant, par MOLL (*Prager med. Wochenschr.*, 1905). — On rencontre quelquefois en clinique infantile de petits malades éliminant par leurs urines des quantités considérables de phosphate de chaux. Cette élimination s'accompagne de troubles généraux souvent assez graves, amaigrissement, cachexie, entérite chronique, vomissements, éruptions cutanées par troubles trophiques, sueurs, douleurs abdominales, céphalalgie, agitation, insomnie, affaiblissement.

Le traitement consiste à supprimer dans l'alimentation les substances riches en calcium, telles que le lait, les œufs et les légumes; il faut nourrir les malades avec des graisses, du sucre, de la viande, des fruits et des farines. Dans un cas, l'auteur vit réapparaître les accidents pour avoir repris trop vite l'alimentation ordinaire : celle-ci ne doit être reprise que progressivement si on veut voir la guérison se maintenir d'une façon définitive.

M. DESCHAMPS.

Diagnostic et traitement de la paralysie infantile par l'électricité, par le Dr GALIAUX (Communication à la *Société espagnole de Physiothérapie*, octobre 1905). — Dans la paralysie infantile, maladie des neurones moteurs inférieurs, il existe une réaction de dégénérescence, qui, suivant l'état d'atrophie du nerf et du muscle, peut offrir divers degrés. Cette réaction électro-motrice nous fait différencier cette affection des autres paralysies d'origine centrale dont la réaction est normale. Ce procédé a d'autant plus de valeur pour établir cette différenciation, que souvent c'est le seul dont nous puissions disposer.

Le traitement électrique comporte deux temps : dans le premier, on emploie les courants galvaniques, en se servant du pôle négatif, et en plaçant le positif sur la région paralysée; dans le second temps on cherche l'effet électro-moteur en employant le courant et le pôle capables de le produire.

Dans les cas de manque absolu de contraction à tous les courants, le traitement électrique ne donnera rien ou peu de chose; cependant au bout d'un certain temps qu'on emploie les applications galvaniques, on voit parfois apparaître la réaction contractile musculaire dans l'anode à la fermeture du courant. Dans ce cas, et dans ceux où l'on observe la réaction immédiatement, en employant l'excitation électrique, on observera, sinon dans tous, du moins dans quelques-uns des muscles de l'extrémité malade, une amélioration manifeste, les contractions devenant chaque fois plus brusques et plus fortes, non seulement sous

l'action stimulante du pôle positif, mais encore par celle du pôle négatif et à la fermeture du courant : ceci obtenu, on utilisera le pôle négatif pour réveiller les contractions et on observera qu'à la fermeture du négatif, à intensité égale, les contractions sont plus énergiques que celles provoquées par la fermeture du positif.

Dès lors on peut employer des courants mixtes, et l'amélioration arrive à un tel degré que non seulement elle répond au courant galvanique, mais encore au courant faradique, ce qui veut dire que ces muscles ont recouvré leur excitabilité normale à l'action électrique.

F. BERINI.

Pharmacologie,

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

L'iothion, par HABICHT (*Allg. Wiener med. Ztg.*, 13 février 1906). — L'auteur a utilisé cet éther iodhydrique qui contient environ 80 p. 100 d'iode et est rapidement résorbé par la peau. Chez 20 malades, des applications de 4 grammes (dose maxima) par jour n'ont provoqué aucun phénomène d'iodisme, en dehors d'un goût métallique qui apparaît au bout de quelques heures. Les reins ne sont pas influencés.

Le produit possède des propriétés analgésiques, car badigeonné (sous forme de mélange avec parties égales d'alcool absolu) sur un genou atteint d'arthrite, une fois par jour pendant trois jours, il a fait disparaître la douleur et le gonflement. L'auteur dispose en outre de plusieurs observations analogues.

E. VOGT.

L'alcool, le sucre, la caféine et leur influence sur le travail musculaire, par Mlle le Dr I. IOTEYKO (*Le Scalpel*, 11 février 1906). — Des recherches ont été entreprises ici pour savoir exactement si la substance ingérée est un aliment proprement dit ou un excitant. Dans la pratique on rencontre souvent des difficultés très grandes pour établir une distinction de cet ordre. Pendant longtemps le sucre, aliment par excellence, a été considéré comme un condiment; l'alcool, qui a passé pendant longtemps pour un excitant exclusif, est un aliment, l'action de la caféine n'est pas complètement élucidée jusqu'à ce jour. La difficulté s'accroît encore de ce fait que la même substance peut jouir des propriétés alimentaires, tout en étant un excitant. Dans ce travail, l'auteur emploie une nouvelle méthode qui permet dans un certain nombre de cas de résoudre indirectement la question, sans recourir aux procédés compliqués de l'analyse chimique. Cette méthode est l'analyse mathématique que Ch. Henry et Ioteyko ont employée avec succès pour la solution de courbes ergographiques. Certaines substances, en effet, agissent non seulement sur la somme totale de travail mécanique, mais aussi sur la forme de la courbe, en lui imprimant des modifications caractéristiques.

En suivant cette méthode, l'auteur a constaté que les trois substances étudiées augmentent le travail mécanique enregistré à l'ergographe, mais par des procédés mécaniques différents. Le sucre est un aliment par excellence, le producteur discret de l'énergie de nos muscles et non un excitant. Le travail accompli après l'ingestion du sucre se fait dans les meilleures conditions de rendement de la machine humaine : intoxication moindre, épargne des albumines, augmentation du travail mécanique, sans la nécessité d'envoyer aux muscles des excitations trop intenses. Le travail, d'après l'auteur, s'accomplit conformément à loi de l'économie de l'effort qui veut que l'intensité de l'effort nerveux décroisse quand le travail musculaire à faire devient plus facile. Le travail accompli dans l'état d'inanition se produit dans des circonstances absolument opposées : nécessité pour les centres nerveux d'envoyer des excitations plus fortes afin de vaincre l'inertie des muscles et gaspillage de la matière albuminoïde. Quant à l'alcool à petites doses, il a un double rôle ; en qualité d'aliment ternaire, il épargne les albuminoïdes et diminue l'intoxication musculaire ; mais le surcroît de travail se fait au prix d'une excitation cérébrale insolite qui peut devenir rapidement dangereuse, pour l'individu. Il en résulte qu'à petites doses et dans certains cas l'alcool peut être utile, grâce à son double rôle ; mais en augmentant les doses, l'effet excitant croît beaucoup plus vite que l'effet alimentaire.

Enfin les expériences et les calculs de l'auteur assignent à la caféine un rôle unique, celui d'un excitant du système nerveux. Comme tonique, la caféine peut rendre et rend continuellement de grands services, mais le surcroît d'énergie qu'elle donne est emprunté aux réserves mêmes de l'organisme. Son rôle alimentaire est nul.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Clinique des maladies des enfants (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). Service de M. le Pr GRANCHER. (*Cours de perfectionnement.*) — Une série de conférences théoriques et pratiques de clinique médicale et chirurgicale infantile aura lieu en deux cours, du 1er au 31 mars 1906 à l'hôpital des Enfants-Malades, sous la direction de M. H. Méry, professeur agrégé, chargé de cours. Chaque cours comprendra 25 conférences.

Les conférences seront faites par MM. H. Méry, agrégé; J. Hallé et Guillemot, anciens chefs de clinique médicale infantile; E. Terrien et P. Armand-Delille, chefs de clinique médicale infantile; Grisel, ancien chef de clinique chirurgicale infantile; Tridon, chef de clinique chirurgicale infantile, avec le concours de MM. Ed. Rist, médecin des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à l'hôpital Trousseau; B. Weill-Hallé, chef de laboratoire du service de la diphtérie; Félix Terrien, ophtalmologiste des hôpitaux; Cuvillier, pour l'oto-laryngologie, et Larat, pour l'électrothérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, le matin à 9 heures et 10 h. 1/2, le soir à 5 heures.

La première conférence aura lieu le jeudi 1er mars, à 10 h. 1/2 du matin, à la salle des cours de la clinique.

Programme du premier cours. — Maladies des nourrissons : MM. Méry et Guillemot.

Maladies de l'appareil respiratoire, du tube digestif et du péritoine : M. P. Armand-Delille.

Fièvre typhoïde : M. E. Terrien.

Diphtérie : M. B. Weill-Hallé.

Programme du deuxième cours. — Maladies du cœur. Fièvres éruptives : M. E. Terrien.

Affections chirurgicales : MM. Grisel et Tridon.

Maladies du sang et de l'appareil hématopoïétique : M. Rist.

Maladies du système nerveux : M. Jean Hallé.

Maladies des méninges : M. P. Armand-Delille.

Maladies de la peau : M. Jean Hallé.

Maladies des yeux : M. Félix Terrien.

Principes d'électrothérapie : M. Larat.

Maladies de la gorge, du nez et des oreilles : M. Cuvillier.

Il sera organisé, de plus, des excursions dans divers hôpitaux d'enfants, dispensaires et pouponnières. Excursions facultatives avec billets à tarif réduit à Berck-sur-Mer.

Le montant des droits à acquitter est de 50 francs pour chaque cours.

Seront admis MM. les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures (guichet n° 3).

Un programme détaillé, avec dates et heures des différentes conférences, sera remis à chaque auditeur inscrit au début du cours. S'adresser à M. Armand-Delille, chef de clinique adjoint, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Cours de chimie médicale. — M. le Pr Arm. Gautier, membre de l'Institut, commencera ce cours le samedi 3 mars 1906, à 5 heures (Amphithéâtre de chimie et de physique de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Principales applications de la chimie (minérale et organique) à la physiologie et à la pathologie humaine.

Conférences d'histoire naturelle médicale. — M. Guiart, agrégé, commencera ces conférences le samedi 3 mars 1906, à 4 heures (Petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet des conférences. — Les maladies de l'homme, produites et inoculées par des parasites animaux.

Conférences d'anatomie pathologique. — M. Legry, agrégé, commencera ces conférences le samedi 3 mars 1906 à 2 heures, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

Conférences de pharmacologie. — M. Richaud, agrégé, commencera ces conférences le lundi 5 mars 1906, à 5 heures (Amphithéâtre de pharmacologie), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet des conférences : Lundi et vendredi. — Moyens mécaniques. Agents physiques. Médicaments utilisés dans les principales médications.

Mercredi. — Notions de pharmacologie nécessaires au médecin. Art de formuler. Reconnaissances des produits médicamenteux. Interrogations.

Conférences de pathologie externe. — M. Gosset, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 2 mars 1906, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences d'anatomie. — M. Cunéo, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 2 mars 1906, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Conférences élémentaires d'anatomie topographique.

Cours complémentaire d'accouchements. — M. Lepage, professeur agrégé, commencera ce cours le lundi 5 mars 1906, à 6 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de médecine légale. — M. Balthazard, agrégé, commencera ces conférences le lundi 5 mars 1906, à 4 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Balthazard : Etude médico-légale des traumatismes et de leurs conséquences.

Conférences de thérapeutique. — M. Vaquez, agrégé, commencera ces conférences le jeudi 8 mars 1906, à 3 heures (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet des conférences : Les médicaments d'origine végétale et animale. L'art de formuler.

BIBLIOGRAPHIE

Le diagnostic de la grossesse, par le Dr L. Bouchacourt, ancien chef de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de Paris. Préface du Dr Bonnaire, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-18 de 287 pages : 3 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

De toutes les erreurs qui peuvent être commises dans l'examen clinique, ce sont celles qui ont trait au diagnostic de la grossesse qui exposent le plus le praticien aux pires des préjudices : le ridicule.

Pour sauvegarder sa dignité professionnelle que compromettrait si grièvement un mécompte de cette espèce, le praticien doit être armé d'une technique éclairée.

Cette documentation technique sur les caractères de la grossesse envisagée à ses différents stades et sous les types multiples de complications qu'elle peut affecter, sur la valeur séméiologique de ses divers signes ou symptômes, le lecteur la trouvera clairement, méthodiquement exposée sans oublis ni redites, dans le petit volume de M. Bouchacourt. La forme en est éminemment pratique. Pour recueillir, à la lecture des traités didactiques, tous les éléments concernant le diagnostic de la grossesse, il faut en faire la recherche en courant parmi les divers chapitres de la pathologie gravidique et de la dystocie où ils se trouvent épars. Ici, on les saisira groupés en un faisceau judicieusement coordonné de notions dont l'exactitude peut braver en toute assurance la critique. On y rencontrera, de plus, ce que ne peuvent contenir les précis étouffés par l'étroitesse de leur cadre, à côté de considérations médico-légales, un choix heureux d'aperçus historiques, spécialement en ce qui a trait aux rapports de l'art ancien avec la figuration de la grossesse, attestant que l'érudition de l'auteur ne porte pas exclusivement sur les points techniques de l'obstétrique.

Grâce à l'agrément de la forme, joint au souci du fond, M. Bouchacourt a écrit un livre dont la lecture est autant une récréation qu'un travail

Consultations médicales. — Clinique et thérapeutique, par H. HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8 de 712 p. : 10 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le volume des *Consultations médicales* de M. Huchard a été le plus gros succès de librairie de ces dernières années. Un tel résultat suffirait à démontrer, si cela était nécessaire, que la forme pittoresque, familière, pratique surtout, adoptée par l'auteur était bien celle qui convient au médecin déjà lancé dans la pratique, à qui le temps manque pour suivre au jour le jour la marche évidemment progressive, mais un peu... sinueuse, de la science contemporaine, et qui, dans un cas embarrassant, désire trouver de suite la solution cherchée, donnée non à la façon des manuels secs et impersonnels, mais dictée par un des maîtres dont le sens clinique, la sagesse, la prudence, dissimulant une documentation parfaite — mais classée, pesée, jugée à part soi, — font autorité dans la science.

Ce volume, c'est Huchard lui-même appelé en consultation et parlant au lit du malade, débrouillant clairement une pathogénie bien clinique et dégagée des brumes des laboratoires, faisant ressortir les symptômes qui seuls doivent compter, et dictant avec une expérience consommée la marche à suivre pour un traitement rationnel.

Ces consultations sont publiées telles qu'elles ont été parlées, le vendredi, à l'hôpital Necker, presque sans autre préparation que le fond inépuisable d'expérience et d'observation qui appartient à l'auteur. Nulle part, on ne sent la tendance au livre, à l'œuvre d'airain, et c'est magistral néanmoins par l'autorité qui s'en dégage. Il s'y trouve de tout : de l'élémentaire qu'on ne répétera jamais trop parce qu'il est fondamental et dédaigné; du raffiné aussi, des analyses minutieuses à interprétation délicate, controversée, où l'auteur apporte toute l'autorité de sa longue expérience.

Il faut lire toutes ces consultations, aussi captivantes que les *Cliniques de Trousseau*, dont elles rappellent la magistrale lucidité.

Cette *quatrième édition*, augmentée de 100 pages, a tellement reçu de modifications et de développements inédits qu'elle constitue presque un *livre nouveau*. Elle précède de quelques semaines la troisième édition, en ce moment sous presse, du second volume de cette œuvre : *Nouvelles Consultations médicales*.

Il y a vraiment là, en deux volumes, toute la bibliothèque de chevet du praticien.

Mines de houille rendues réfractaires à l'ankylostomie par des eaux salées de filtration, par le Dr A. MANOUVRIEZ (de Valenciennes), Membre correspondant de l'Académie de médecine. Paris, 1905, 1 vol. in-8°, 28 pages. Prix : 1 fr. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince.

On était, jusqu'alors, généralement d'avis qu'il ne semblait pas y avoir de mines réfractaires à l'infestation par les larves d'ankylostome; tout au plus, les seules considérées comme susceptibles d'être préservées par la salure de leurs eaux du fond étaient des salines, et des mines métallifères où s'infiltrait l'eau de la mer jusque sous laquelle on les exploitait.

Dans ce travail, développement de sa récente communication à l'Académie de médecine, l'auteur montre que cette cause d'immunité peut aussi se trouver réalisée dans certaines houillères, bien que situées à l'intérieur des terres, mais où des eaux salées filtrent de vastes poches souterraines, reliquats d'anciennes lagunes des époques géologiques, très problablement du Trias, qui, sur quelques points, comme dans le bassin d'Anzin, s'étendent au-dessus du terrain carbonifère. D'après des expériences toutes récentes, la salure de ces eaux, 2 p. 100 et un peu moins, suffit pour tuer les larves nouveau-nées d'ankylostome. Et de fait, les fosses à eaux salées n'ont jamais été infestées, et, par contre, ces eaux ne furent rencontrées dans aucune des fosses infestées.

La constatation de ces faits a mis l'auteur sur la voie d'un mode de préservation des mines, dont on s'était trop hâté de considérer la recherche comme illusoire; cette préservation paraît, en effet, pouvoir être obtenue par stérilisation du milieu souterrain, en provoquant une sorte de « morti-natalité » des larves nouveau-nées. Les mesures proposées, dans ce but, aux ingénieurs sont : 1° pour les mines humides, projection de sel dénaturé; 2° pour les mines à poussières charbonneuses explosives, ou rocheuses phtisiogènes, pulvérisations d'eau salée à 2 p. 100.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

L'assistance médicale et l' « hygiène publique indigène à Madagascar en 1904 ». — M. Kermorgan a analysé, devant l'Académie de médecine, un rapport de M. le Dr Wess, d'où il résulte de ce mémoire que si l'assistance aux indigènes n'a pas subi de grandes modifications en 1904, elle a été surtout marquée par une réglementation définitive, et par son extension à la plupart des circonscriptions administratives de la côte Est.

Dans les autres régions de l'île, celles du Sud, du Sud-Est, de l'Ouest et du Nord-Ouest, les habitants ont dû s'adresser comme par le passé aux médecins des troupes coloniales qui leur donnent des consultations et leur délivrent des médicaments.

Les résultats généraux du fonctionnement de l'Assistance médicale en 1904 ont été les suivants :

Malades traités dans les hôpitaux	22.178
Lépreux internés	3.149
Consultations gratuites	1.205.324
Vaccinations	326.645
Dépenses totales	1.003.704 francs.

En la comparant aux exercices précédents, l'année 1904 a été marquée par une extension plus grande donnée à l'Assistance médicale. Au cours de cette année, il a fallu surtout lutter contre la variole qui a sévi à l'état épidémique dans le sud de Madagascar et contre le paludisme qui a régné sur le plateau central.

On a opposé à la variole des vaccinations et des revaccinations à outrance.

Le paludisme a été combattu par des distributions de quinine. Ce médicament sera mis sous peu à la disposition de tous et au plus bas prix possible, par suite d'un décret autorisant le gouverneur à prendre des arrêtés pour assurer à tous les Malgaches, les moyens de recourir à la quinine. La mortalité par malaria étant considérable à Madagascar, on ne saurait trop approuver une pareille mesure qui nous assurera la conservation d'une main-d'œuvre qui nous fait tant défaut dans un pays où l'on ne compte pas plus de huit habitants par kilomètre carré.

Dangers sanitaires de l'émigration. — Le Pr CHANTEMESSE propose et fait adopter par l'Académie les importantes conclusions qui suivent.

L'Académie de médecine, considérant :

Que le transit des émigrants à travers la France constitue, pour la santé publique, un danger permanent qui s'accroît beaucoup lorsque le choléra règne dans un des pays d'origine de ces émigrants;

Que la législation française, en matière d'émigration, date de 1861-1862 et n'est plus en harmonie avec les nécessités actuelles;

Que tous les pays européens, sauf la France, servant de passage aux émigrants, ont réglementé sévèrement ce transit;

Que la conférence sanitaire internationale de Paris, en 1903, a prévu, dans son article 41, l'édiction de mesures spéciales à l'égard des émigrants;

Que les lois américaines comprennent maintenant les dispositions relatives à une quarantaine préventive des émigrants provenant de pays infectés de choléra, quarantaine qui doit être subie, avant le départ, dans un port d'embarquement;

Émet le vœu :

1° Que la législation française, en matière d'émigration, soit modifiée dans ses dispositions concernant l'entrée des émigrants sur notre territoire, leur voyage à travers la France et enfin leur séjour dans notre pays.

2° Que cette nouvelle réglementation s'inspire des mesures édictées par les gouvernements étrangers; notamment la Hollande, l'Allemagne et les pays américains.

3° Que la surveillance administrative et la surveillance sanitaire des émigrants, complètement différentes l'une de l'autre dans leur but et leurs moyens, soient désormais divisées et confiées chacune au service compétent.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement.
Par le Dr **F. Lagrange.**
volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

ÉTUDE ANATOMIQUE SUR LE COBAYE
Par **Henri Alezais**, docteur en médecine et docteur ès sciences.
Premier fascicule : **Ostéologie, Arthrologie, Myologie.**
1 vol. in-4°, avec 55 figures dans le texte..... **8 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 volume in-8°..... **5 fr.**

Philosophie de l'Effort, Essais philosophiques d'un naturaliste
Par **Armand Sabatier**, doyen de la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier
1 volume in-8°..... **7 fr. 50**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par **Allyre CHASSEVANT**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

COURS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HOPITAL BEAUJON

Leçon d'ouverture

DE M. ALBERT ROBIN,

Professeur de clinique thérapeutique.

.....On a justement défini la thérapeutique : « la Science du traitement des maladies. » Elle comprend la matière médicale qui découvre et décrit les agents médicamenteux, la pharmacie qui règle leur préparation et leur mode d'emploi, la pharmacodynamie qui examine leur action sur les organes et sur les fonctions, puis la thérapeutique proprement dite qui, faisant état des notions révélées par les sciences précédentes, d'une part, et par la clinique médicale, d'autre part, oppose d'une manière générale aux maladies le traitement qui leur convient, en tenant compte de leurs principales modalités et des indications résultant autant de l'état morbide lui-même que des réactions organiques qu'il excite et du terrain sur lequel il évolue.

Toute cette partie de la science qui vous est enseignée à la Faculté par les professeurs de pharmacologie et de thérapeutique, constitue un indispensable fonds de connaissances sans lesquelles le futur praticien est voué d'avance à l'empirisme le plus obscur.

Mais, quand vous avez entendu les leçons magistrales les plus élevées, alors même que vous auriez une réceptivité capable d'accumuler tout ce qu'on sait en matière médicale et en pharmacologie, avec toutes les indications à remplir dans toutes les maladies, cependant, comme l'a proclamé le professeur Jaccoud en paroles énergiques, vous ne seriez pa plus capables d'être médecins que le premier jour. Lorsque vous vous trouverez devant le malade, vous connaîtrez probablement quelques-uns des termes du problème, mais vous ne pourrez pas le résoudre, parce que vous n'aurez dans l'esprit que des types morbides didactiques, avec des schémas de médications, et que l'individualité du patient, la manière dont celle-ci comprend et fait la maladie ou réagit devant l'intervention, sont autant de surprises échappant à toute synthèse préalable ou convenue.

Et vous éprouverez alors les angoisses qui nous ont torturées, tous autant que nous sommes, lorsque munis du diplôme de docteur, la mémoire chargée de faits, de théories et de formules, nous avons vu face à face nos premiers malades et senti la fragilité de tant de savoir si durement acquis, avec cette redoutable responsabilité de tenir dans nos mains incertaines, devant notre tremblante conscience, le sort d'une vie humaine.

C'est que pour dissocier les indications qui surgissent de tel cas particulier d'une espèce morbide, pour leur adapter la médication commandée par les exigences spéciales que comporte la personnalité du malade, il faut une expérience — j'allais dire une virtuosité — que possèdent seuls ceux qui ont pris corps à corps les innombrables complexités de la pratique.

La clinique thérapeutique a précisément pour objet de vous rompre à ces difficultés, de vous armer peu à peu de l'expérience que vous ne pourrez acquérir plus tard qu'aux dépens de vos malades, de vous montrer les procédés par lesquels on parvient à dégager l'indication thérapeutique dominante du moment et à discerner l'agent capable de la remplir, à en fixer la dose et à en régler l'usage. Elle est à la thérapeutique ce que la clinique est à la pathologie, et la définition la plus simple qu'on en puisse donner, c'est qu'elle est, à la fois, la science et l'art du traitement, non des maladies, mais des malades.

Elle est une science, parce qu'il n'est pas de tact, d'habileté, ni même de génie inventif qui puisse suppléer à une ferme instruction. Elle est un art, parce qu'il n'est pas de science qui soit applicable avec chance de succès, sans cette faculté innomable et individuelle que l'on développe par l'expérience, et qui, comme l'a dit Schutzenberger, « permet de voir les choses telles qu'elles sont, dans la réalité objective de l'organisme malade ».

A combien de controverses passionnées n'a pas donné lieu cette question de savoir si la thérapeutique, prise dans son acception clinique, était un art ou une science ! Trousseau n'affirmait-il pas, dans tout l'entraînement de son incomparable maîtrise, qu'au lit du malade, la valeur de la science est relative et subordonnée au sentiment de l'artiste, pendant que Claude Bernard considérait justement comme anti-scientifique d'élever l'intuition et le tact à la hauteur d'un critérium, ou de ce que les philosophes, avec Descartes, nomment l'évidence.

Mais ce tact et cette intuition, si dépendants soient-ils de l'innéité de chacun de nous, ne participent-ils pas encore de l'éducation scientifique, et la culture que celle-ci leur donne n'est-elle pas l'une des conditions de leur développement? N'est-ce pas cette culture qui leur imprime le caractère d'objectivité? La décision du traitement nécessaire ne dérive-t-elle pas aussi bien du motif des indications et des actions médicatrices que de cette sorte de pénétration faite d'expérience et même d'impressions presque inconscientes qui détermine son choix et son exécution? Sans compter qu'il est des circonstances où ce *quid divinum* prépare des décisions dont le raisonnement scientifique n'explique pas toujours le mobile.

Et même dans les choses de la thérapeutique appliquée, demeure vraie la phrase de Pascal, quand, déclarant que toute révélation de la vérité n'est pas le fruit de la raison, et prenant le mot cœur comme l'expression d'une aptitude à sentir et à se déterminer par ce sentiment seul, il écrit cette pensée dominante de son œuvre :

« Le cœur a des raisons que la raison ne connaît pas. »

Claude Bernard devait dire deux siècles plus tard : « L'homme peut plus qu'il ne sait. »

La science ne vaut que par la portée du jugement qui la conduit, et ce jugement est l'expression de qualités originelles que la science développe et qu'aiguise l'observation prolongée des malades.

Même dans les cas où le sentiment paraît inspirer, à lui seul, la conduite du médecin, ce sentiment a encore pour déterminisme, une délibération mentale où prennent part la science et l'expérience, et il a d'autant moins de chances d'errer que celles-ci l'auront plus affiné. On ne saurait donc être thérapeute, digne de ce nom, tant que l'on n'a pas unifié en soi, la science qui fournit les éléments du jugement, le pouvoir et l'art de juger qui procèdent de l'éducation du tact par l'expérience, et laissez-moi ajouter encore, la foi, pourvu qu'elle s'appuie sur cette expérience même.

***

A ce mot de foi, j'entends aussitôt s'élever les objections. Que vient faire la foi, en face de la science et de la raison ? Mais la foi, c'est, en quelque sorte, l'énergie acquise que nous communiquent les forces composantes de la science, de l'expérience et du raisonnement. Elle est, comme a dit Malebranche, le mouvement que nous avons pour aller plus loin. Elle ne saurait suppléer à l'insuffisance de ses moteurs ; mais sans elle, ceux-ci ne produiraient aucun travail utile, puisqu'elle est l'incitatrice des actes et que l'on n'agit pas si l'on n'est pas entraîné par la puissance d'une conviction.

La clinique thérapeutique, qui a sa chaire à elle, vous doit, avant tout, de réagir contre le scepticisme oppressif pour l'esprit, plus encore pour le cœur du médecin, et qui tend à peser, chaque jour davantage, sur les générations nouvelles.

Combien en avez-vous de médecins, même parmi les maîtres, qui ne croyaient pas à la thérapeutique ? A combien de visites d'hôpital, de consultations n'avez-vous pas assisté, où le chef de service, après avoir minutieusement posé le diagnostic et déroulé l'écheveau de la physiologie pathologique, se contentait, à la prescription du traitement, du vain cérémonial — le mot est de M. Bouchard — de la formule obligatoire et banale, ou d'une médication de symptômes, inspirée par l'agent à la mode, quand il ne laissait pas à son interne le soin d'accomplir cette formalité ?

La thérapeutique n'est-elle pas bannie des concours qui conduisent aux plus hautes situations officielles de notre profession ? Existe-t-il une seule de leurs épreuves où le candidat soit tenu de lui consacrer autre chose que le hâtif chapitre par lequel il remplit son temps inoccupé et qu'il ne saurait trop prolonger sans danger pour son admission ? Autrefois, j'en encourus l'injuste peine, et l'un des hommes qui honorent le mieux la science française, M. le professeur J. Renaut, de Lyon, pourrait vous dire que je ne fus pas le seul.

Alors, pourquoi creuser un sujet dont l'exposition n'est d'aucune utilité et serait même préjudiciable ? Et quand ce candidat sera promu à la dignité d'un enseignement, comment veut-on qu'il apprenne d'emblée aux élèves ce que, dans la mécanique montée de nos concours, il a dû considérer comme accessoire ou superflu ?

Ce scepticisme décevant n'a rien à voir avec le doute philosophique. Autant il faut se défendre de l'un, autant il est nécessaire d'exercer l'autre, pour ne pas tomber dans cette

crédulité, même partielle, dont les plus vives intelligences ne sont pas exemptes, témoin le grand Newton, lorsqu'il dissertait sur la bête à sept cornes et la Jérusalem aux cinq cents lieues carrées.

Le doute philosophique est cet état de l'esprit qui ressent l'infirmité des conjectures humaines, refuse d'admettre les affirmations catégoriques, exclusives de la critique, et s'efforce d'acquérir la vérité, sans se complaire dans l'orgueil de sa possession. Il est un procédé d'analyse et une invitation au progrès, alors que le scepticisme paralyse la plus belle de nos fonctions en immobilisant le médecin dans la plus dramatique impuissance. Nous devons le poursuivre sans répit, au dehors comme en dedans de nous, et pour cela, il convient d'en rechercher les causes, afin de les écarter, puis tenter de marquer les confins de ce que doit être notre croyance, c'est-à-dire de notre action, puisque toutes deux sont indissolublement liées.

Les causes du scepticisme en thérapeutique sont, en dehors de certaines complexions mentales irréductibles, les conditions qui président à l'instruction médicale, l'histoire même des oscillations de la thérapeutique, enfin le découragement qui saisit les imaginations éprises d'absolu, quand elles s'aperçoivent que la maladie ne répond pas docilement aux injonctions de la science.

Laissons de côté les sceptiques originels, et ceux qui se réfugient dans ce néant, pour y trouver, comme notre Montaigne, un abri contre la tempête des opinions. Leur cas est irrémédiable. Ceux-là feront mieux de renoncer à l'exercice de la médecine et de porter leur activité vers les travaux de laboratoire. Commençons par réformer nos concours, apportons-leur le caractère pratique qui leur manque, en y introduisant une épreuve fortement pointée où le candidat devra montrer qu'il est capable de mettre à son diagnostic la conclusion thérapeutique qu'il comporte.

Cela fait, jetons par-dessus bord les doctrines, ces admirables moyens de condenser la mentalité d'une époque et de résumer les étapes parcourues, ces détestables procédés d'éducation médicale dont Stoll disait déjà : « On ne peut rien faire de grand ni d'utile avec des théories et des opinions. » Elles marquent toutes les phases de notre histoire, sans cesse renaissantes d'elles-mêmes en des formules nouvelles, s'ingéniant à relier par les artifices du raisonnement les lois comme les incertitudes de l'évolution morbide, conduisant aux traitements dogmatiques, les pires de tous, puisqu'ils se fondent davantage sur l'interprétation des faits par notre pauvre logique, que sur ces faits eux-mêmes.

Ces doctrines, de quelle tyrannie n'ont-elles pas asservi le praticien et ne l'accablent-elles encore! Lisez, non pas leur histoire, mais leur roman, dans la belle introduction que Pidoux a placée au fronton du Traité de thérapeutique qu'il a composé avec Trousseau : il n'en faudra pas plus pour vous convaincre. Mais sans reprendre le sujet que ces deux grands ouvriers ont si largement manié, considérons simplement et comme exemple, ce que fut le traitement des dyspepsies, au cours du dernier siècle.

Résumant toute la pathologie dans la doctrine de l'irritation, décentralisant les maladies tout en voulant les localiser, Broussais fit de la gastrite la clef de voûte de la nosologie, d'où la médication antiphlogistique qui croula bientôt devant ses échecs.

Barras, plus clinicien que Broussais, observa sur le vif l'erreur de son contemporain ; mais, comme il lui fallait un système directeur, il intronisa la théorie nerveuse et mit la gastralgie à la place de l'inflammation. Alors, plus d'antiphlogistiques, mais des

anodins, des calmants et des analgésiques : cependant, le malade, sa douleur calmée, demeura dyspeptique comme devant. A ceux qui digéraient plus mal après cette orgie de narcotiques, on conseilla, toujours en vertu du système, la médication tonique. Le patient ne s'en trouva pas mieux, et la doctrine nerveuse sombra dans l'anarchie, quand Schmidtmann, l'un de ses défenseurs, eut déclaré que chaque remède a des temps définis d'utilité et de nocivité, ce qui le conduisit à s'en remettre, pour la pratique, à l'idiosyncrasie du sujet et à la susceptibilité de l'estomac, ce qui voulait dire au malade et non à a maladie.

Chomel, qui comprit cela, s'en tenait au traitement des symptômes, quand Beau dressa son système dont les matériaux sont indestructibles et l'agencement toujours solide, parce qu'il a la clinique pour armature. La conception de Beau péchait d'abord par son absolutisme, puis par l'excès de sa généralisation. Elle était un cadre rigide, inaccessible aux cas isolés, puisqu'il considérait aussi une maladie dégagée de son substratum vivant. Enfin, elle manquait de tout dénouement thérapeutique. Et ce fut dès son vivant, une période de confusion où les prédominances symptomatiques servirent seules de prétexte au traitement.

Parmi ces ruines, M. le professeur Bouchard, associant à l'organicisme les perfectionnements d'un humorisme renouvelé, édifia la dilatation de l'estomac qui eut pour sanction un rationalisme thérapeutique dont l'éclat fut universel. Mais voici qu'apparut la doctrine chimique proclamée par Germain Sée dans l'aphorisme célèbre : « les dyspepsies sont chimiques ou elles ne sont pas. » Qui de nous n'a-t-elle pas ébloui, cette doctrine qui semblait serrer les faits de si près et instaurer la certitude en thérapeutique, car il n'importait plus que de saturer les acides en excès, de les remplacer s'ils faisaient défaut et d'établir l'antisepsie de l'estomac quand ils provenaient des fermentations?

Or, il est advenu, encore une fois, que l'événement n'a pas justifié la doctrine. La maladie s'est dérobée devant la médication issue des lois chimiques qui semblaient la garantir, et nous assistons à la brève fortune d'une nouvelle théorie nerveuse, qui réduisant le traitement au régime et à l'hygiène, possède au moins le mérite d'éviter les dyspepsies médicamenteuses, permet au malade de guérir par la suppression des causes de son affection, mais qui n'est, en dernière analyse, qu'une expectation perfectionnée, à laquelle se superposent diverses médications symptomatiques. Et cette absence de traitement réel n'est pas l'une des moindres causes de l'envahissement par la chirurgie d'un domaine qui devrait rester, sauf de rares exceptions, l'apanage des médecins.

*
* *

Quoique les grandes découvertes modernes aient porté un coup écrasant à ce que l'on pourrait appeler le philosophisme médical dont Broussais fut un des derniers et des plus éclatants représentants, on voit encore renaître les doctrines, toujours instables, sous une forme plus scientifique et partant plus impérieuse, à chaque fois qu'un nouveau moyen d'exploration découvre plus avant les incidents mystérieux de la vie morbide.

Et ce n'est pas seulement en médecine qu'elles présentent cette mobilité. Toutes les sciences en sont là. La notion de l'atome devient hésitante ; le principe, absolu jusqu'ici, de la conservation de l'énergie est inquiété, et M. Poincaré, l'un des mathématiciens les

plus écoutés de notre temps, a pu affirmer et faire admettre que la géométrie euclidienne n'a d'autres bases que l'observation et la convention.

A l'heure actuelle, les doctrines ont perdu, chez nous, le caractère presque spéculatif qu'elles avaient autrefois. Elles procèdent de la bactériologie, de l'analyse chimique, de l'histologie, de la physique ou de la mécanique biologique, c'est-à-dire de sciences inexactes, ce qui leur donne une plus grande apparence de vérité. Mais, au fond, et quoiqu'elles se déguisent sous le nom de théories, elles ne sont toujours qu'une extension de faits isolés, si bien observés soient-ils, une synthèse chancelante d'éléments dont la valeur dépend du milieu vivant où ils se développent et non du lien artificiel que le raisonnement leur a tressé.

Ainsi, l'on déclare que la thérapeutique doit être pathogénique et étiologique. Découvrir la cause de la maladie, scruter l'enchaînement pathogénique des phénomènes dont celle-ci se compose, puis obvier à cette cause et briser les anneaux de la chaîne qu'elle a forgée, n'est-ce pas là un admirable problème qu'on nous convie à résoudre? Hippocrate l'avait rêvée, cette thérapeutique, quand il disait : « si l'on savait la cause des maladies, on serait en état d'administrer ce qui est utile, en prenant dans les contraires le remède nécessaire. »

Mais cette cause, cette succession des actes pathogéniques qu'elle engendre, les percevons-nous toujours assez pour avoir le droit de les affirmer sans réserves? Ne savons-nous pas que la déduction intervient, malgré tout, dans la hiérarchisation des actes morbides, sinon dans leur constatation? Admettons, pour un instant, qu'on ait fait table rase des anciennes doctrines, nous nous heurtons pourtant à chaque pas, à des théories qui n'en sont que la monnaie modernisée.

Et quand bien même l'on posséderait la notion des étiologies ainsi que d'immuables théories pathogéniques, il resterait encore un élément inconnu et capital, à la fois, capable de miner tout l'édifice, et qu'on pourrait appeler le mode réactionnel suivant qui tel organisme accepte l'étiologie et consent à subir les impressions successives qu'elle lui donne. Pour faire effectivement de la thérapeutique étiologique et pathogénique, il faudrait donc connaître la cause des maladies, leur pathogénie, et les modifications que le dynamisme de chaque malade impose à la physiologie pathogénique, ce qui n'est pas prêt d'être exprimé.

D'ailleurs transportons ces considérations dans la pratique et voyons où elles nous conduisent.

La bactériologie a dévoilé la cause extérieure de la pneumonie; la chimie et l'histologie ont éclairé sa physiologie pathologique : en quoi le traitement en a-t-il bénéficié, puisque nous restons devant elle, en état d'expectation, avec les armes débiles des traitements symptomatiques, sans qu'il nous soit possible de discerner, à coup sûr, le symptôme de défense qu'il faut fortifier, du symptôme d'attaque ou de réaction exagérée qu'il faut maîtriser ?

Veut-on traiter pathogéniquement un cas de diabète ? Mais la première difficulté à surmonter serait d'être éclairé sur la pathogénie de ce diabète que se disputent environ huit théories. Et si l'on s'en tient aux deux opinions qui semblent proéminer parmi les autres, celle de la surproduction du sucre et celle de sa consommation insuffisante, on aboutit néanmoins à deux traitements contradictoires, puisque, dans le premier cas, la théorie

médication sédative de la glycogénèse, pendant qu'avec la seconde hypo- obligé, de par la pathogénie, à un traitement stimulant et oxydant pour accé- bustion ralentie de la glycose.

decin s'avise de vouloir traiter pathogéniquement et étiologiquement l'entéro- -membraneuse ; son embarras ne sera pas moindre, puisque la gynécologie ué en lui attribuant une origine génitale, que les bactériologistes l'imputent à ue activé et à ses toxines, d'où le traitement antiseptique avec tous ses mé- ue les neuro-pathologistes la rattachent à leur spécialité, pendant que d'autres ut à la lithiase intestinale, à la constipation, à l'hyperchlorhydrie, à l'inflam- ple, ou encore à l'herpétisme ou à l'arthritisme ! Il n'est pas étonnant qu'en face des traitements orientés par toutes ces théories pathogéniques, — encore elles aient toutes des cas pour les justifier — Lasègue ait pu dire : « Quel que aitement, dans l'immense majorité des cas, la maladie se prolonge indéfini- ievient une humiliation pour le médecin, et une tristesse perpétuelle pour le ma-

***

mples, qu'il serait facile de multiplier, montrent combien l'étiologie et la patho- it, trop souvent encore, des guides indécis pour la thérapeutique. Mais il serait nement insensé de ne pas reconnaître que si elles étaient fixées avec quelque de, cette thérapeutique n'aurait pas de base plus sûre.

d on considère que la découverte de la nature animée de la contagion et de l'infec- renouvelé la chirurgie de fond en comble, transformé l'hygiène en une science et assuré, en vingt ans, plus de progrès pour la prophylaxie des maladies, qu'il vait été fait en vingt siècles, on a le droit d'espérer, d'affirmer que cette splendide tion est à peine l'aurore du grand faisceau de lumière dont s'éclairera le traitement maladies.

ejà Pasteur a dominé la rage ; Roux et Behring se sont élevés à la plus haute et à la s pure des gloires, en arrachant à la diphtérie l'enfant, c'est-à-dire l'avenir en puis- ce ; les succès de l'immunisation anti-tuberculeuse des bovidés permettent de pres- tir son application à l'homme ; la phagocytose et les modifications humorales consta- s au cours des infections laissent soupçonner quelques-uns des actes les plus intimes la défense organique, actes dont la chimie pathologique traduit les résultats en chif- es, avec la précision de ses méthodes et l'infaillibilité de ses réactions.

Ces conquêtes, ces entreprises, ces espérances, tout cela suivant de si près l'essor de outes ces sciences qui se pénètrent pour constituer la thérapeutique vraiment étiologique et pathogénique, sont autant de preuves des certitudes que demain nous réserve et la force qui nous anime pour travailler à les saisir.

Mais, si proche et si éclatante qu'elle puisse être, attendrons-nous, pour agir, nous pra- ticiens anxieux ou désabusés, attendrons-nous qu'ait sonné l'heure de la révélation ? Les routes du passé sont semées du débris des doctrines ; les données acquises par l'expé- rience des temps écoulés et qui paraissaient les plus sûres sont ébranlées, et la voie nou- velle n'est qu'amorcée !

Hier, le régime lacté était la base du traitement du mal de Bright, de l'ulcère simple de l'estomac et de nombre de dyspepsies; l'association ou l'alternance de fortes doses d'iodure de potassium et de mercure figuraient comme axiome dans la cure des lésions syphilitiques tertiaires; c'était un dogme de ne donner d'aliments solides aux typhiques qu'après la chute de la fièvre; on élevait l'antipyrèse à la hauteur d'une nécessité; la révulsion, les vomitifs et parfois la saignée étaient des médications courantes. Aujourd'hui, tout est changé; il vaut mieux donner de la viande aux Brightiques en les déchlorurant que de les soumettre au régime lacté; le lait disparaît du menu de la plupart des dyspeptiques; on nourrit les typhiques en pleine fièvre; la syphilis tertiaire est plus justiciable du mercure que de l'iodure de potassium; la nécessité de l'antipyrèse n'apparaît plus; la saignée n'est qu'un souvenir historique et le vésicatoire est officiellement condamné.

De plus, la chimie qui crée, de toutes pièces, par le miracle de la synthèse, des agents dont la constitution moléculaire détermine les propriétés, a inondé la matière médicale d'un invraisemblable débordement de drogues qui n'ont mieux capté la confiance du médecin, à l'orée de leur apparition, que pour précipiter plus rapidement son indifférence.

Vraiment, dans ce tournant de la thérapeutique, quand tant de vieilles indications fléchissent, tant d'anciennes médications disparaissent, et que la saison nouvelle n'en est qu'à son premier frisson, le malade demande autre chose que des hésitations ou des affirmations d'un jour, et mon devoir sera de vous montrer comment nous sommes en mesure d'apporter un soulagement à nombre de ses maux, en nous appuyant sur quelques règles de l'expérience du passé, rénovées par les découvertes modernes qui commencent à gouverner la thérapeutique.

*
* *

Ces règles d'attente, je vais essayer de les dégager.

S'abstraire, comme nous l'avons dit, de toute entrave doctrinale, de toute théorie; écarter de son jugement toute généralisation à propos des faits que l'on observe; s'attacher uniquement à ces faits considérés en eux-mêmes; s'instruire à les définir et à les séparer des multiples combinaisons morbides où ils sont engagés. Pour cela, opérer comme le chimiste qui revise analytiquement la composition d'un mélange de corps divers; décomposer, pièce à pièce, l'ensemble des phénomènes étiologiques et pathogéniques et des réactions organiques qui forment la maladie; étudier isolément chacun de ces phénomènes, puis essayer de reconnaître l'ordre de leur apparition, leur importance relative, leurs modes de subordination, en apprenant à distinguer ceux qui représentent des réactions de défense, de ceux qui dépendent de l'agression morbide.

Pour mener cette analyse à bonne fin, se débarrasser de l'échafaudage des cadres nosologiques qu'un organicisme séculaire nous impose, en identifiant la maladie avec la lésion. Déjà cet échafaudage suranné craque de toutes parts, sous les coups que lui ont portés la bactériologie et la chimie. La pneumonie lobaire aiguë n'est plus qu'une pneumococcie localisée et pouvant multiplier ses localisations; l'érysipèle est un chapitre de la streptococcie; la dysenterie nostras rentre dans la coli-bacillose; le furoncle, l'anthrax et l'ostéomyélite se rattachent à la staphylococcie. A côté de ces nouveaux groupes microbiens prennent place les troubles dans le fonctionnement des organes, les vices héréditaires

ou acquis des échanges élémentaires, dont la permanence finit par façonner d'abord des modifications morphologiques, puis des lésions matérielles, d'où cette formule qui est en passe de faire son chemin : « La maladie de la fonction finit par créer la lésion de l'organe. »

L'identification organicienne de la maladie avec la lésion a entraîné une thérapeutique organicienne et anatomique. Celle-là a fait son temps ; elle a fléchi devant ses insuccès. Si, dans quelques cas, elle réussit, comme il arrive pour les lésions syphilitiques avec le mercure et l'iodure de potassium, on ne saurait citer de cas authentiques où l'artériosclérose ait été guérie ou même suspendue par une médication iodurée intensive, où la cirrhose atrophique du foie ait rétrocédé par la médication altérante directe du tissu conjonctif néo-formé. Au contraire, si l'on essaie de toucher la lésion en influençant les fonctions de l'organe lésé et réagissant encore, en les stimulant quand elles sont amoindries, en les modérant si elles sont exaltées, en les régularisant lorsqu'elles sont aberrantes, on ouvre à l'activité médicatrice un champ bien autrement fécond. Et si l'on prend la maladie à sa période fonctionnelle et prélésionnelle, que de chances n'aura-t-on pas d'interrompre sa marche, si l'on parvient à remettre en ordre la fonction déréglée !

Ainsi, au-dessous des médications indiscutées que la tradition nous a léguées et que la science moderne a recueillies, en découvrant le secret de leur efficacité (mercure dans la syphilis, quinine dans l'impaludisme, salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu, colchique dans la goutte, fer dans la chlorose, iodure de potassium dans l'asthme, bains froids dans la fièvre typhoïde, etc.), plaçons d'abord celles que la thérapeutique étiologique et pathogénique a constatées, comme l'immunisation curative dont la sérothérapie antidiphtéritique montre toute l'étendue ; puis les médications des troubles fonctionnels et des vices de la nutrition élémentaire, en essayant d'en pénétrer l'origine, afin d'éloigner, en même temps, la cause qui les entretient si toutefois cette cause est encore tangible et évitable.

* * *

Regardons maintenant une autre face du problème, à savoir : le mode suivant lequel les médications influencent la maladie.

Exception faite pour l'immunisation curative qui est assez grande par elle-même pour se passer de l'étai d'une théorie, nous paraissons acculés, malgré nous, à faire un choix entre les deux doctrines qui, jusqu'à maintenant et depuis les premiers âges de la médecine, divisent la thérapeutique. Faut-il, avec Hippocrate, aider la nature à se guérir, en jouant de sa force médicatrice, ou faut-il, avec Galien, déployer tout l'armement pour dompter la maladie ?

N'ambitionnons pas de concilier ces deux doctrines, non plus que de les comparer ou de les juger. Em. Chauffard, dans ses *Éléments de pathologie générale*, l'a fait avec une hauteur de vues qu'il est impossible de surpasser. Toutes deux possèdent leur part de vérité.

Il est hors de doute qu'un jour les progrès de la pathogénie indiqueront à la thérapeutique les maladies que l'on doit attaquer directement et celles où l'on doit se borner à seconder l'effort de la nature. Mais il est bien des cas, même en dehors des maladies

aiguës, où nous resterons longtemps encore, sinon toujours, les esclaves, non seulement de l'effort médicateur, mais de la vie qui le suscite et s'y emploie tout entière avec ce que valent ses synergies nerveuses et nutritives. Comme l'a dit, en superbe langage, Baglivi, qui fut un grand praticien, malgré son esprit baconien et solidiste : « Le médecin n'est que l'interprète et le ministre de la nature ; s'il ne se résout pas à lui obéir d'abord, il ne saurait prétendre à lui commander. »

La maladie ne consiste pas dans des altérations chimiques, bactériologiques, mécaniques ou physiques des organes ou des tissus; la thérapeutique ne consiste pas à leur opposer des impulsions de sens contraire, et les médications n'agissent pas du fait de leurs propriétés antagonistes, mais bien par l'allure qu'elles impriment à la force médicatrice, dont le « consentement », pour employer l'expression de Pidoux, est indispensable. Les anciens l'avaient déjà dit : « Si la nature y répugne, la médecine ne profite pas. »

Voilà des principes éternels qui survivront à tous les bouleversements. Les progrès modernes sont en train de matérialiser cette sorte de métaphysique. Ils nous laissent, chaque jour, lire plus avant dans le livre de ses arcanes. Armand Gautier nous a montré les procédés que la force médicatrice emploie pour annihiler les poisons microbiens et autochtones. On connaît les péripéties de la défense mécanique par les phagocytes et de la défense chimique par les catalases des globules blancs et des tissus. Oxydations, réductions, synthèses chimiques, phagocytose, chimiotaxie, pouvoir bactéricide, modifications morphologiques des éléments anatomiques, poussées éliminatrices, sont autant de manifestations de cette force médicatrice, manifestations que le médecin constate et que la thérapeutique est souvent capable de favoriser et même de provoquer.

***

Dans les circonstances où nous sommes impuissants à soutenir un effort médicateur dont on ignore le sens et les incidents, nous ferons appel à la thérapeutique fonctionnelle qui procède aussi des principes précédents, en ce qu'elle a pour but d'influencer le dynamisme cellulaire, plus que la matérialité de la cellule, mais qui s'en écarte, quand forcée de laisser sur un plan reculé une défense naturelle qui ne se manifeste pas, elle apporte à l'organisme un secours direct et indépendant.

Ici les faits parleront mieux que toute dissertation.

Regardons l'évolution récente du traitement des cardiopathies. La médication antiasystolique actuelle ne prête guère à la critique. Suivant l'indication, on relève la contractilité cardiaque quand elle n'est pas épuisée par une dégénérescence, où l'on allège le travail de l'organe en diminuant la stase veineuse. Le plus grand nombre tient pour la digitale et le régime lacté ; d'autres préfèrent leur joindre des diurétiques dont ils possèdent le maniement; quelques-uns choisissent parmi les nouveaux médicaments cardiovasculaires et les associent ou les alternent avec les agents précédents. Les indications sont formelles ; on sait les moyens de les remplir; ce n'est plus, de la part du médecin, qu'une affaire de tact et d'expérience.

Mais cette asystolie n'est que la complication d'une maladie antérieure ! Quelle conduite, tout récemment encore, tenait-on devant celle-ci ?

Lorsqu'on avait épilogué sur un bruit de souffle, sur sa localisation, son mécanisme, ses dissociations; mesuré le volume du cœur; apprécié sa contractilité; examiné l'état des artères et de la circulation dans les organes; et qu'après les formelles prescriptions hygiéniques et diététiques sur lesquelles l'accord n'est pas parfait, on arrivait à l'ordonnance médicamenteuse, la tradition servant de guide, l'on indiquait la digitale aux mitraux et aux tricuspidiens, l'iodure de potassium aux aortiques, le strophantus, la caféine et l'iodure de sodium aux myocarditiques, la théobromine et la déchloruration aux œdématiés, en ayant pour principes directeurs les susceptibilités du malade et les particularités symptomatiques.

Alors, M. Henri Huchard fait sa belle découverte des cardiopathies artérielles et reconnaît le rôle de l'hypertension dans la genèse de l'artério-sclérose. Puis il montre l'importance des variations de cette tension dans les cardiopathies et la part de la dyspnée toxi-alimentaire. C'est une révolution qui s'accomplit. De nouvelles indications sont démasquées. On recherche les causes de l'hypertension et de l'hypotension; on note leurs fluctuations dans les maladies cardiaques et artérielles; on étudie la manière dont les médications et les aliments les transposent, et la triste histoire des affections de l'appareil circulatoire aborde les temps convoités qu'on soulage mieux ceux qui souffrent, qu'on prolonge davantage leur existence, et qu'en traitant le trouble fonctionnel antérieur aux lésions scléro-artérielles, on suspend la maladie à une période où elle est encore curable. Et ce n'est que justice de déclarer que le nom de M. Henri Huchard domine toute cette évolution.

*
* *

Nous en venons à la thérapeutique des maladies de la nutrition; mais elles feront l'un des objets de mon enseignement de cette année, et je serai bref.

Dans la plupart de ces maladies, l'effort curateur de la nature est amoindri, et tout au moins, sa direction et son activité nous sont mal connues. Le rhumatisme chronique, le diabète, la goutte elle-même, ayant peu de tendances à la guérison spontanée, l'aphorisme hippocratique cède la place à celui de Galien.

Ces affections reconnaissent des causes qui nous échappent ordinairement ou que nous sommes incapables de supprimer. Le traitement qu'on leur oppose mériterait l'épithète de pathogénique, s'il était possible de spécifier les mécanismes successifs, qui, partant de l'étiologie, créent et maintiennent la maladie. Mais la plupart d'entre eux nous demeurent invisibles et nous n'aurons pas pénétré bien avant dans leurs rouages, si nous avançons que le rhumatisme chronique est une dystrophie nutritive et que la goutte est due à la formation exagérée ou à la rétention de l'acide urique, résidu de la désassimilation des principes nucléiniques. Dans le premier cas, l'obscurité n'est pas éclairée par un vocable originé du grec; dans le second, on ne surprend que des fragments de la pathogénie. Cependant, comme l'analyse chimique des excreta, l'examen du sang et des échanges respiratoires reculent les limites de la séméiologie et rendent apparents des désordres intimes que les symptômes ordinaires n'extériorisent que confusément, il est permis d'étendre le champ des traitements symptomatiques, de les rendre, en quelque sorte, plus déliés et plus pénétrants, et de les décorer même du titre de thérapeutique physiologique.

Ainsi, en conseillant à un lithiasique rénal une alimentation qui diminue la quantité des corps puriques exogènes; en combinant les matériaux originels de l'acide urique avec des corps qui les solubilisent, en assurant l'élimination de cet acide urique sous forme de sels solubles, on essaie de rompre quelques-unes des liaisons unissant au symptôme gravelle et aux symptômes secondaires qui la manifestent, l'état diathésique ignoré qui les consomme; on traite fructueusement tel et tel des éléments morbides générateurs de la lithiase, quoiqu'on ne s'adresse encore qu'à des symptômes chimiques et non aux plus profondes réactions vitales qu'il faudrait saisir et impressionner dans leur essence, pour effectuer une thérapeutique vraiment pathogénique.

*
* *

De cette rapide revue, il ressort qu'aucun système thérapeutique entaché d'absolutisme n'est en mesure, à l'heure actuelle, de diriger notre vigilance au milieu des multiples complications du traitement des malades. Nous sommes à une période de transition, et sans verser dans les subtilités d'un éclectisme qui ne table que sur des idées et accentue plus leurs défauts que leurs qualités, mon strict devoir est de vous maintenir dans l'étroit cercle d'attente où sont enclos les faits définitivement prouvés et de vous montrer les applications qu'ils comportent.

Ces faits, les voici : il y a des médications traditionnelles et indiscutées, ayant passé par l'épreuve des âges et que l'on perfectionne incessamment, soit par de plus habiles manœuvres, soit par la pénétration de leur mode d'activité. Celles-là sont, pour ainsi dire, le fond de la thérapeutique. A côté d'elles se placent certaines médications étiologiques et pathogéniques homologuées par une approbation universelle et qui seront la tradition de demain. Viennent ensuite les médications fonctionnelles dont les progrès de la physiologie augmentent peu à peu le nombre et qui s'adressent aussi bien aux lésions matérielles qu'aux troubles dont elles sont la conséquence ou le résidu. Enfin, les médications des vices de la nutrition, chapitre important de la médication fonctionnelle, puisqu'elles frappent les déviations chimiques de la vie morbide. Elles visent des symptômes profonds que la chimie pathologique exprime, tandis que les médications symptomatiques ordinaires, qui complètent notre ensemble, répondent aux symptômes extériorisés. Voilà pour les médications.

La tactique thérapeutique est l'art d'exploiter ces médications. Elle fixe leurs indications, apprécie leur valeur et la place qu'elles occupent, vient en aide à la nature dans les maladies aiguës et nombre de maladies chroniques, ou attaque directement le mal quand l'organisme n'a pas qualité pour se défendre.

Nous prenons dans les médications tout ce qu'elles ont de certain dans les indications, tout ce qui est accessible à nos moyens d'exploration, et cela, sans système préconçu, sans synthèse anticipée, mais en tenant les regards en éveil vers toutes les fenêtres d'où quelque clarté peut jaillir et en nous défiant de prendre les mirages pour des réalités.

Tel est mon programme. Si terre à terre, si arriéré même qu'il vous apparaisse, je ne sache pas qu'on puisse en proposer d'autre à des hommes qui se destinent à la pratique, car s'il ne les porte pas aux enthousiasmes, il leur évitera, par contre, bien des déboires.

Certes, il n'a rien de commun avec la haute philosophie thérapeutique, et l'attitude qu'il exige sied mal aux grandes envolées de l'esprit vers les sommets; mais de cela, le praticien n'a que faire et son sacerdoce humanitaire est assez beau pour qu'il puisse s'en passer.

*
* *

Ce sacerdoce, il l'exerce non seulement par sa science et par l'élévation de son éducation morale, mais encore par la confiance qu'inspire à celui qu'il soigne l'autorité que toutes deux lui donnent. Il doit savoir gagner cette confiance, puis la conserver quand les tourments d'une longue maladie font défaillir les courages ou surmontent les résignations. Personne n'est capable d'exprimer la valeur qu'elle ajoute au traitement, mais nul ne met en doute combien elle appuie l'effet des meilleurs remèdes, si toutefois elle n'est pas, par elle-même, une sorte de force médicatrice. La collaboration affective et mentale du patient avec son médecin, est donc l'une des conditions de la réussite, mais celui-là seul aura la force suffisante pour l'imposer qui croira en ses interventions.

Messieurs, s'il est possible que certains, non sans amer regret, imaginent les cieux assez abandonnés pour que la dure souffrance de l'homme ait perdu le vieil espoir qui l'endormait, nous médecins, recueillons dans nos cœurs ouverts, les vertus dont tous les Dieux nous ont laissé l'héritage: la foi qui agit, la solidarité qui fait nôtres les douleurs d'autrui, pour que nous sachions mieux les apaiser, l'espérance qui soutient.

Quand le mal semble défier toutes nos ressources et l'organisme lui-même, nous avons la sublime mission de relever le lambeau d'espérance qui surnage au-dessus de toutes ces choses pleines de misère où s'effondre la vie. Cette suprême consolation de l'espérance, il nous appartient plus que de l'entretenir, mais de la pratiquer, afin qu'aux mornes extrémités de tout, l'être qui nous a confié son existence n'ait pas le droit de crier : « Vous ne m'avez pas guéri, vous ne m'avez pas soulagé, vous ne m'avez pas consolé ! »

Dans le dernier combat, si fatale qu'on en juge l'issue, conservez sans faiblir cette furtive espérance ; ne cessez pas de lutter et mettez en œuvre tout ce que votre conscience autorise, puisque la science est vaine. L'énergie et la ténacité vous ménageront de victorieuses revanches. Le Sénat et le Peuple romains décernaient les honneurs du triomphe aux soldats vaincus qui n'avaient pas désespéré de vaincre !

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 mars 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

M. Catillon lit une note sur les *eaux de Termini Imerese* (Sicile). Ces eaux chaudes exercent une action marquée sur le rhumatisme: elles ont l'avantage de pouvoir être utilisées en plein hiver, à cause de la douceur du climat de cette contrée. Elles sont insuffisamment connues en France.

M. Bolognesi communique une observation de *guérison d'un cas de septicémie purpérale grave* par le sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur. Le cas était extrêmement inquiétant : la cavité utérine présentait une desquamation sanieuse intense. La malade, qui avait été soignée sans résultat par les lavages intra-utérins et les bains froids, reçut le premier jour une injection de 40 cc., le second et le troisième deux injections de même dose, qui provoquèrent un érythème scarlatiniforme sans importance. La plaie utérine se détergea rapidement et deux jours après la dernière injection, la température était revenue à la normale.

M. Lutaud est frappé de voir qu'un cas presque désespéré ait pu ainsi guérir, mais il regrette qu'on ne puisse faire, avec tous les traitements analogues, la contre-épreuve, permettant de comparer les résultats à ceux obtenus avec d'autres médications.

M. Dubois a eu l'occasion de se servir du sérum antistreptococcique de Marmorek en 1898 : il a constaté, dans les deux cas observés, la formation, au point d'injection de quelques-unes des piqûres, de poches contenant un liquide huileux, et dont les parois étaient formées d'un tissu lardacé.

M. Le Gendre fait observer que toutes les méthodes de traitement analogues, essayées dans la fièvre puerpérale, ont enregistré des succès.

M. le Pr Perrot fait une communication sur l'*action médicamenteuse des produits végétaux frais.* Il se fait actuellement une évolution dans la médecine galénique : on cherche à obtenir des extraits contenant les produits des plantes fraîches, et l'on constate à ce sujet que ces produits ont des effets bien différents de ceux des extraits préparés par les anciennes méthodes. L'orateur a étudié à ce sujet la noix de kola : il a reconnu qu'elle contient un ferment oxydant qui agit sur les cellules de la noix quand on la brise.

La noix contient un composé de deux tannins, un soluble et un insoluble, de glucose, de caféine, et un phénol indéterminé. Les extraits obtenus exercent une action indéniable sur la fatigue, ne correspondant pas aux effets de la caféine que l'on a prise pour la substance active de la noix de kola et qui seule agit dans les extraits préparés par les procédés anciens avec des noix desséchées.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses,

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Cas de tétanos traité par les injections de sérum antitétanique et par le chloral. Guérison, par L. SPILLMANN et NILUS (*Revue médicale de l'Est*, 15 février 1906). — Dans un premier cas, un jeune homme de seize ans a les doigts écrasés en déchargeant une voiture de pierres. Le malade était à peu près guéri lorsque, dix-sept jours après l'accident, il commence à avoir du trismus, et d'autres accidents tétaniques très accentués les jours suivants.

Le vingtième jour, on fait à deux reprises une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique et le malade reçoit en outre, en vingt-quatre heures, six lavements de chloral à 1 gramme. Trois jours après, la situation n'ayant pas changé, le malade reçoit pendant deux jours 20 centimètres cubes de sérum par jour et les lavements de chloral, puis 10 centimètres cubes de sérum les trois jours suivants, ce qui fit en six jours 90 centimètres cubes de sérum antitétanique.

La situation commença alors à s'améliorer. Mais ce ne fut que vingt jours environ après la première injection que tous les accidents furent dissipés.

Dans le second cas, chez un camionneur de vingt-neuf ans, les accidents survinrent quinze jours après un écrasement du pouce de la main droite. Le malade fut soumis à de fortes doses de chloral et reçut une injection de 50 centimètres cubes de sérum antitétanique. Les accidents diminuèrent peu à peu d'intensité et disparurent complètement au bout de six semaines. Chez les deux malades, circonstance favorable, la température était toujours restée normale. Les auteurs insistent sur la nécessité d'employer à la fois le sérum et le chloral. On peut toujours espérer une action bienfaisante du sérum, tant que l'altération cellulaire n'est pas complète. Aussi il ne faut pas hésiter dans des cas semblables, à injecter le sérum à dose plus forte, suivant l'intensité des accidents. Le chloral, d'autre part, agissant comme antispasmodique, limite la réaction cellulaire. On peut toujours espérer, sauf dans les cas suraigus, d'arriver à un résultat favorable, en combinant les deux modes de traitement. Outre les 90 centimètres cubes de sérum, le premier malade prit, en vingt jours, environ 130 grammes de chloral. Il se produisit aussi, au moment de la convalescence, un érythème ortié généralisé, qui persista une quinzaine de jours.

L. JUMON.

Tétanos suraigu malgré l'emploi du sérum antitétanique sec (*Soc. de Ch.*, 14 février 1906). — M. REGNIER a rapporté un cas adressé par M. Lop (de Marseille), dans lequel il est question d'un malade atteint d'une plaie du médius, ayant nécessité l'amputation après coup et qui fut saupoudrée, avant et après cette opération, avec du sérum sec. Huit jours après, éclata un tétanos suraigu et le malade succomba, malgré des doses intensives de sérum antitétanique et de chloral. On s'était reposé depuis assez longtemps sur l'efficacité de la méthode prônée par M. Calmette; M. Tuffier fait observer que cet insuccès s'explique par incertitude de l'absorption de la poudre sèche appliquée sur une plaie, mais que l'on n'a pas pour cela le droit de conclure à l'inefficacité des injections de sérum antitétanique.

A. BENOIT.

Chirurgie générale,

Dr BENOIT,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement chirurgical de l'iléus à forme fruste, par M. LÉJARS (in *Semaine Med.*, 28 fé-

vrier 1906). — Sous ce titre, l'auteur passe en revue les formes cliniques d'iléus auxquelles manquent quelques-uns des symptômes capitaux, d'allure traînante, et qui, tenant longtemps le diagnostic en suspens, laissent la stercorémie devenir mortelle. C'est que l'intestin distendu devient perméable aux microbes et cet état peut être tel, que l'intervention indéfiniment retardée, après épuisement des moyens médicaux, soit absolument inutile. De fait, la mortalité est encore considérable dans les cas dont il s'occupe. Quels sont donc ces faits atypiques? On peut en distinguer trois groupes : 1° Les iléus *consécutifs* à d'autres *lésions intra-abdominales;* 2° les iléus par barrages *mécaniques;* 3° les iléus *paralytiques* ou *spasmodiques.*

Dans le premier de ces groupes, l'iléus est secondaire et procède de la paralysie intestinale. Il accompagne alors l'*appendicite,* dont il voile les symptômes, les diverses variétés de *péritonite,* la *thrombose* des veines mésaraïques. On peut y voir jusqu'au vomissement fécaloïde, on intervient et la véritable nature de l'iléus ne se révèle qu'au cours de l'opération. Mais, si l'on tarde, les symptômes étant moins bruyants, on risque d'intervenir trop tard.

Les barrages *mécaniques,* qui constituent le deuxième ordre de faits, peuvent aussi avoir la même évolution fruste, incomplète. Le faciès reste satisfaisant, le pouls bon et la mort n'en survient pas moins, malgré l'opération qui parfois ne révèle que des adhérences, et où l'on ne peut faire que l'entérostomie. Le mécanisme? Des *coudures* multiples, *par adhérences* le plus souvent; si l'on assiste à la guérison spontanée, la récidive est fréquente. Les brides sont aussi très fréquentes.

Dans le troisième groupe se trouvent les cas les plus décevants pour l'opérateur. Ils ont, en effet, pour cause les désordres fonctionnels de la musculature. Il s'agit plus de stagnation que de barrage véritable. Tantôt il s'agit de parésie, tantôt de contracture. Les helminthes sont très souvent la cause de l'irritation réflexe de l'intestin; l'auteur cite à ce propos le cas d'un homme qui fut laparotomisé pour accidents de d'iléus fruste, et où on put sentir un ver intestinal, sans aucune autre lésion causale. On referma le ventre, les vomissements cessèrent; trois jours plus tard, la guérison était complète (Heidenhaim).

La contracture de l'intestin autour des calculs biliaires est également un fait assez commun. Citons aussi le traumatisme. M. Lejars, signale même un cas où il dut opérer, en raison de la persistance du météorisme. Il s'agissait d'un iléus fruste à forme atténuée paraissant bénigne. L'entérostomie droite ne donna issue qu'à des gaz et quelques rares matières. L'intestin distendu ne pouvait plus se vider de son contenu; la mort survint rapidement.

La conclusion, en présence de ces formes frustes, sera la suivante : ne pas attendre un diagnostic ferme, d'ailleurs impossible le plus souvent. Il faut intervenir avant que la stercorémie ait altéré l'état général. On peut aussi s'attendre à ne rien trouver, puisque, souvent il n'y a pas occlusion véritable. On n'en fera pas moins l'*entérostomie* qui, en permettant à l'intestin de revenir sur lui-même, se montre si souvent d'une efficacité très grande, employée seule. Ces formes, il faut le reconnaître, fournissent au traitement médical ses principales indications. Du moins faut-il, lorsqu'on croit devoir y recourir, que ce soit sans retard, à intervalles rapprochés. L'opium est justement abandonné, sauf les injections de morphine contre les grandes douleurs. L'atropine sera employée seulement en injections à courts intervalles et sans trop insister. Le lavage de l'estomac, les grandes injections rectales, l'entéroclyse sont de bons moyens, mais l'*électricité,* sous forme de *lavement électrique,* est de beaucoup le traitement non opératoire le plus puissant. M. Lejars en a lui-même obtenu les plus remarquables résultats contre les iléus traînants. Il faut l'employer d'une manière précoce, et, si le météorisme continue, opérer sans aucun délai.

A. BENOIT.

Traitement chirurgical de la colite chronique, par HUGH LETT (*Treatment,* février 1906). — L'auteur essaye de discuter les avantages de chaque opération proposée pour la colite chronique. L'anus artificiel dans la région inguinale droite présente beaucoup d'inconvénients. Les matières liquides déterminent une irritation considérable de la peau : il faut ensuite faire une opération ultérieure pour fermer l'anus artificiel et il est difficile enfin de décider à quel moment on peut le faire sans craindre de voir les anciens troubles récidiver.

L'iléo-colostomie a donné de bons résultats. Mais l'ulcération peut s'étendre au-dessous de l'ouverture de l'S iliaque. Cependant si la partie située au-dessous de l'anastomose est malade, on peut la traiter par des injections rectales. La mortalité opératoire est aujourd'hui probablement très faible, et l'absence d'un anus artificiel ou d'une fistule fécale est un très grand avantage.

Les avantages de l'appendicostomie consistent dans son excessive simplicité et sa grande rapidité. Son inconvénient est d'offrir un ori-

fice à travers l'appendice, trop étroit pour laisser passer une sonde suffisamment large : en outre des inflammations antérieures peuvent faire qu'il soit impossible d'utiliser l'appendice. Le principal avantage de l'opération de Gibson sur l'appendicostomie est que l'orifice pratiqué dans le cæcum est beaucoup plus large et permet d'introduire un tube plus volumineux. Dans les deux cas la fonction valvulaire est très satisfaisante et il ne se produit pas de reflux, sauf si, dans l'appendicostomie, l'appendice est coupé trop court ou si l'on pousse trop loin la dilatation. L'avantage aussi de ces deux opérations est que l'ouverture tend à se fermer spontanément. Aussi ce sont celles que l'auteur recommande. La disparition rapide de la douleur, l'amélioration considérable de la fonction intestinale et de l'état général du malade sont les effets très remarquables de l'intervention.

L. JUMON.

Plaies multiples de l'intestin par coup de feu (*Soc. de Ch.*, 28 février 1906). — De M. PIERI (de Marseille), une observation de plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu. Cinq heures après l'accident, laparotomie. On trouva 15 perforations de l'intestin, qui furent toutes, sauf une, fermées par des fils placés en bourse en un seul plan. La dernière fut traitée par la résection. M. CHAPUT a fermé de la même façon 15 perforations de l'intestin chez un alcoolique qui avait reçu un coup de feu dans l'abdomen. Le blessé survécut vingt jours, et mourut ensuite de congestion pulmonaire ; à l'autopsie, on constata que toutes les sutures avaient bien tenu.

A. BENOÎT.

Traitement des kystes hydatiques (*Soc. de Ch.*, 14 février 1906). — Nous avons récemment mentionné la discussion sur la formolisation des kystes. M. QUÉNU reprend ce sujet pour s'occuper spécialement des kystes hydatiques suppurés. D'après sa pratique, lorsque chez un malade dont l'état général est bon, on a à intervenir pour un kyste du foie ou du rein que l'absence de température permet de croire non suppuré et qu'à l'ouverture, on trouve de la suppuration, le pus est stérile ou peu virulent et la guérison s'obtient en peu de temps par l'évacuation simple et le drainage. On aura pris soin naturellement de préserver le péritoine de toute contamination. La suture laissera seulement passer un drain de petite dimension.

M. Chaput entame une question autrement intéressante : c'est celle des *kystes hydatiques multiples* du péritoine. Cette dissémination des kystes, contrairement à ce qu'il dit, n'est pas occasionnée toujours par des interventions antérieures. On en voit de disséminés d'emblée par centaines dans la grande cavité péritonéale. Dans le cas qu'il a eu à traiter, renonçant à tout enlever, il se borna à injecter quelques centimètres cubes de formol dans les plus volumineux d'entre eux. Le résultat fut encourageant et il en fut de même dans cinq autres cas. M. Potherat fait bien observer que M. Chaput n'a pas innové, puisque M. Baccelli injecte de la même façon du sublimé dans les kystes inextirpables. M. Quénu y ajoute une critique d'ordre bactériologique, M. Devé, ayant démontré que le formol, injecté en petites quantités, est insuffisant pour la stérilisation de ces kystes.

La sage conduite qui consiste à les traiter par l'injection de petites quantités de liquides modificateurs n'en est pas moins celle qui doit rallier tous les suffrages, car les essais d'ablation totale ont donné, jusqu'à ce jour, dans les cas de kystes multiples, des résultats désastreux. Ce danger, sur lequel aucun orateur n'a insisté, est tel que, sur une série de près de cent laparotomies pour causes diverses (1892), sans un décès entre les mains d'un opérateur dont l'habileté fut proverbiale, nous avons nommé Péan, l'ablation de kystes péritonéaux multiples disséminés jusqu'aux profondeurs du petit bassin et malheureusement poursuivie jusqu'au dernier, eut une issue fatale dans les vingt-quatre heures, moitié par shock, moitié par l'hémorragie en nappe que plus de quarante ligatures eurent de la peine à réfréner.

A. BENOÎT.

Contribution à la technique de la suture de la rotule, par ARTHUR SCHŒFER (*Munch. med. Woch.*, 20 février 1906). — Les fractures de la rotule traitées par la suture présentent un bien meilleur résultat fonctionnel que celles qui sont soignées par le massage et les appareils inamovibles. Cependant on élève contre la suture un certain nombre d'objections : dangers de la chloroformisation nécessaire pour pratiquer une opération sur le genou ; possibilité d'une infection ou d'une ankylose, atrophie musculaire du membre blessé, parce qu'on ne peut faire du massage avant la guérison complète, retard apporté dans les mouvements passifs et actifs. Aussi l'auteur propose-t-il une opération qui se recommande autant par son innocuité et sa simplicité que par le résultat qu'elle donne. Elle peut même être pratiquée au besoin sans l'anesthésie locale. A cet effet l'auteur se sert de deux trocarts légèrement recourbés et d'un fil d'argent assez fort. Après avoir nettoyé soigneusement le champ opératoire, on prend un

rocart et on l'enfonce immédiatement au-dessus du bord supérieur de la rotule à travers le tendon du quadriceps : on retire l'aiguille et laisse la canule en place. On n'a pas ainsi à ouvrir la capsule articulaire. On enfonce de même l'autre trocart au-dessous de la rotule à travers le ligament rotulien. On fait alors pénétrer à travers les deux canules des trocarts deux fils d'argent. On réunit alors les extrémités de ces fils sur un tampon placé sur la rotule, en rapprochant fortement les deux canules qui servent de guide. On doit faire en sorte qu'il ne reste pas de tissu interposé entre les fragments qui ne pourraient s'adapter pour la réunion osseuse. En nouant les fils sur le tampon, éviter que les fragments se réunissent en faisant un angle. Un pansement aseptique sur le genou est maintenu à l'aide de sparadrap et une attelle plâtrée antérieure assure le repos de l'articulation du genou pendant cinq à huit jours. Passé ce temps, on enlève l'attelle une fois par jour pour faire le massage des muscles. Dans la troisième semaine, pendant que les trocarts sont encore en place, on commence avec précaution les mouvements passifs et actifs, et on enlève les canules au bout de cinq à six semaines. Les trajets se ferment rapidement et le traitement est terminé au bout de six à sept semaines.

L. JUMON.

Des moignons diaphysaires aptes à l'appui direct, sans ostéoplastie, par M. BUNGE (*Beitrage z. Klin. Chir.*, XLVII, 3). — On connaît le procédé de Bier, qui consiste, dans les amputations de jambe surtout, à recouvrir la surface de section d'une plaque osseuse taillée sur les parties saines des os et en continuité avec le périoste diaphysaire. Mais cette méthode est assez compliquée et le couvercle osseux se nécrose parfois et s'élimine, compromettant le résultat final. Chez un de ses malades, pareil accident s'étant produit, M. Bunge constata, en faisant l'extraction du séquestre, que le canal médullaire était fermé par de l'os nouveau sans relief accentué, de sorte que la surface de coupe était régulière et parfaitement lisse. Or, l'opéré, une fois guéri, appuya fort bien sur le bout de son moignon. L'A. en conclut que le moignon indolent a pour condition essentielle une surface d'appui plate et non adhérente à la peau. De là à créer une nouvelle méthode, il n'y avait qu'un pas. M. Bunge a donc renoncé à l'amputation sous-périostée, qui récline en haut le périoste jusqu'à la surface de section. Il dénude, au contraire, son périoste et vide l'os de sa moelle sur une certaine hauteur. L'expérience prouve qu'il ne survient pas de mortification secondaire. Il faut, en outre, éviter de faire coïncider la cicatrice et la section osseuse; aussi la méthode comporte-t-elle des lambeaux ovalaires, au lieu du procédé circulaire. Inutile d'y comprendre les muscles, puisqu'ils s'atrophient par la suite; la peau seule suffit. Selon lui la peau la plus mince est capable de supporter toutes les pressions de l'appui direct. Comme technique, rien à signaler que l'emploi de la curette pour dénuder le canal médullaire sur quelques millimètres de hauteur. Chez les jeunes sujets, il faut avoir soin de scier le péroné, bien plus haut que le tibia; il est toujours inutile pour l'appui, susceptible de s'allonger. Ces aperçus nouveaux sont justifiés par 12 observations avec 11 résultats fonctionnels parfaits au point de vue de la marche, et un seul moignon douloureux par suite de névromes cicatriciels.

A. BENOIT.

De l'anesthésie mixte par la scopolamine, la morphine et le chloroforme (*Soc. de Ch.*, 28 février 1906). — M. WALTHER croit devoir insister sur les avantages de l'emploi de un demi-milligrame de scopolamine et de 0,01 centigramme de morphine une heure avant l'administration du chloroforme, pour obtenir, surtout chez les sujets pusillanimes, une anesthésie parfaite. Il a fait 326 opérations avec l'anesthésie mixte sans avoir observé d'accidents; il a d'ailleurs diminué la dose de scopolamine. Les patients qui avaient déjà été endormis par le chloroforme ou l'éther ont éprouvé une sensible différence. M. Walther déclare qu'il met sur le compte de l'intoxication chloroformique les accidents que M. Monod a rapportés. Les avantages de l'anesthésie mixte ont été dès l'origine imités par tous ceux qui ont pu les constater de visu. Mais ces avantages efface-ront-ils les cas de mort rapportés lors de la première discussion sur ce sujet? Nous ne le pensons pas et l'on peut s'étonner de voir un chirurgien réputé prudent et avisé en faire si peu de cas. Mais la rachicocaïnisation, de funèbre mémoire, n'a-t-elle pas encore ses défenseurs?

Je ne crois pas me tromper en prophétisant que l'anesthésie à la *scopolamine-morphine* permettant de petites interventions et non suivie de chloroformisation, demeurera seule dans la pratique courante.

A. BENOÎT.

Recherches sur l'anesthésie médullaire avec la cocaïne et la stovaïne, par R. FINKELBURG (*Munch. Med. Woch.*, 27 février 1906). — Outre les modifications de la sensibilité dans le terri-

toire des 3e, 4e et 5e nerfs sacrés, l'auteur a constaté comme symptôme précoce la diminution ou l'absence du réflexe rotulien et du réflexe du tendon d'Achille, à un moment où la force musculaire des membres ne paraît pas encore atteinte. L'anesthésie qui s'étend en quelques minutes aux extrémités inférieures et au tronc n'intéresse au début que la sensation douloureuse, et c'est la sensation de position qui se supprime la dernière. En dehors du réflexe crémastérien, les réflexes cutanés disparaissent relativement tard : ceux de la paroi abdominale persistent beaucoup plus longtemps que ceux de la plante des pieds. Les troubles moteurs, en raison de la situation des racines motrices, sont les derniers à apparaître; dans la position horizontale la paralysie commence par les pieds, atteint de bonne heure les muscles abdominaux et passe souvent aux muscles de la cuisse. Il ne se produit pas de modifications dans l'excitabilité électrique par les deux sortes de courant..

Il est difficile d'obtenir une bonne analgésie du testicule et du cordon parce que les nerfs qui animent ces régions proviennent du premier segment lombaire. Il semble aussi que l'innervation du feuillet pariétal du péritoine provienne d'une autre source que celle du feuillet viscéral qui reste beaucoup plus sensible.

La durée de l'action de la stovaïne varie beaucoup dans chaque cas, même avec de hautes doses. En général la sensibilité superficielle commence à reparaître au bout de trois quarts d'heure à une heure. Parfois l'anesthésie persiste encore au bout d'une heure et demie. Le retour de chaque fonction se fait beaucoup plus lentement que l'arrivée de l'anesthésie : c'est d'abord la motilité qui revient, puis la sensibilité, et en dernier lieu, les réflexes.

Dans trois cas seulement l'auteur a constaté l'exagération des réflexes après la disparition de l'anesthésie lombaire; dans un cas cette exagération persiste à peu près trente-six heures, en même temps qu'un clonus passager du pied.

Parmi les autres phénomènes accessoires, l'auteur signale encore des troubles légers de la miction et le ralentissement du pouls. Souvent les malades se sont plaint d'une légère difficulté d'uriner, mais rarement il a été nécessaire de les sonder. Le ralentissement du pouls s'observe dans 20 p. 100 des cas une demie heure environ après l'injection et dure deux heures. La fréquence du pouls a varié entre 54 et 60 pulsations et dans quelques cas s'est abaissée passagèrement à 42. Une fois seulement il y a eu des irrégularités chez un homme dont le cœur était normal. La pression sanguine n'a pas varié, non plus que la fréquence respiratoire. Enfin la stovaïne, comme la cocaïne, peut produire une élévation plus ou moins considérable de la température. Les différences individuelles à l'égard de l'action de la stovaïne paraissent jouer un rôle très faible; mais jamais l'auteur n'a eu à constater de troubles nerveux persistants.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement des hémorragies stomacales et intestinales, par EWALD (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 5 mars 1906). — Nous retenons de la partie thérapeutique de l'important travail de l'auteur, les données qui pourront intéresser nos lecteurs.

Parmi les hémostatiques essayés pour combattre des gastrorragies, l'adrénaline, vantée par Fenwik, Renon, etc., n'a pas donné à l'auteur de résultats dans 6 cas traités : la gélatine n'a pas réussi davantage, quel que fût le mode d'administration; le chlorure de calcium s'est montré de même inefficace. En revanche, l'auteur a réussi dans 8 cas d'hémorragies profuses, inutilement traités par les médications ci-dessus, à enrayer les accidents avec des lavages stomacaux à l'eau glacée. On commença par faire une petite injection de morphine, puis on cocaïna largement le pharynx pour supprimer tous les réflexes et l'on fit une irrigation de la muqueuse stomacale à l'eau glacée. Le tube doit à peine dépasser le cardia au début de l'opération, et l'on fait passer de l'eau jusqu'à ce qu'elle revienne non teintée de sang. Les quantités nécessaires pour obtenir ce résultat sont souvent très élevées. On donnera aussi des lavages intestinaux pour débarrasser le tube digestif du sang qui a franchi le pylore et qui provoque souvent des troubles. Le collapsus sera combattu par des injections sous-cutanées de chlorure de sodium à 7,5 p. 1.000, faites dans la région sous-claviculaire.

Il est difficile de décider si une gastrorrhagie exige l'intervention opératoire. Il arrive souvent que des accidents qui semblent très menaçants disparaissent rapidement, grâce à une médication interne bien conduite : il arrive en effet qu'avec la diminution de la pression sanguine, la thrombose s'effectue plus aisé-

ment. L'intervention ne donne du reste pas toujours de bons résultats, car on ne parvient pas toujours à découvrir le siège de l'hémorragie.

Les hémorragies intestinales sont plus faciles à combattre localement. Les flux hémorroïdaires seront traités par l'eau froide en bains de siège, l'introduction de morceaux de glace dans le rectum, etc. On peut aussi introduire dans l'anus des tampons imbibés d'hydrastis et d'hamamélis à parties égales. Les bourrelets seront plusieurs fois par jour soumis à des onctions avec la pommade suivante :

Extrait de belladone...	0 gr. 8.
Chrysarobine.....	0 gr. 3
Iodoforme..	0 gr. 6
Vaseline.....	15 grammes.

Us. ext.

En cas d'hémorroïdes internes, on prescrit des suppositoires contenant chacun :

Chrysarobine.....	0 gr. 08.
Iodoforme..... . ..	0 gr. 02.
Extrait de belladone....	0 gr. 01.
Beurre de cacao.....	2 grammes.

Us. ext.

L'auteur attire en terminant l'attention sur les hémorragies continues dont des hémorroïdes internes haut placées peuvent être le siège : les malades qui en sont atteints ignorent leur cas, car les selles ne sont accompagnées que de petites quantités de mucus sanguinolent. Le meilleur moyen de guérir ces états qui rappellent l'anémie pernicieuse est la destruction des bourrelets au Paquelin.

Pour les hémorragies intestinales, les styptiques énumérées plus haut sont un peu plus efficaces que lorsqu'il s'agit de l'estomac.

E. Vogt.

Traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Soc. médicale de Stettin*, 3 déc. 1905). — Pollack présente un malade qui, à la suite d'ingestion de soude caustique en 1897, fut atteint de rétrécissement du pharynx et de l'œsophage, à marche progressive. Toutes les tentatives de dilatation furent suivies à bref délai de complications graves, aussi se décida-t-on en 1904 à établir une fistule gastrique.

En juillet 1905, on commença un traitement par la thiosinamine : au bout de 5 jours, le rétrécissement infranchissable laissait passer une sonde de petit calibre; au bout de 15 jours, des aliments semi-liquides passaient, et un mois plus tard le malade pouvait manger comme tout le monde.

On se servit d'une solution aqueuse glycérinée de thiosinamine à 15 % : on commença par 1/2 et on continua par une seringue de Pravaz : on fit en tout 24 injections.

E. Vogt.

Traitement des infections intestinales, par Tissier (*La Tribune médicale*, 24 février 1906). — L'auteur cherche à favoriser dans l'intestin la culture de ferments mixtes forts, à remplacer une végétation bactérienne nuisible par une autre, indifférente pour l'organisme.

Comme chez le nourrisson, il faut chez l'adulte d'abord modifier le milieu chimique intestinal, de telle façon que les déchets digestifs soient formés de substances hydrocarbonées et ne contiennent que des traces d'albuminoïdes d'origine animale. Le régime sera donc strictement végétarien : suppression du lait, des œufs, de la viande et du poisson. Pour hâter l'apparition d'une flore intestinale empêchante, on donnera 1 à 2 verres à bordeaux d'une culture pure de *bacillus acidiparalacticus*, ou mieux d'une symbiose de cette espèce avec le *bac. bifidus;* ces cultures, faites en eau peptonisée (sel : 5, peptone : 10, lactose : 20, eau, 1.000) sont très faciles à obtenir. On les administrera fraîches, car leur vitalité diminue au bout d'un mois, et l'on supprimera tout autre traitement.

Dans les premiers jours, il ne se produit aucune garde-robe, mais au bout de quatre à cinq jours, la constipation cesse, les douleurs abdominales diminuent, les selles deviennent molles : les troubles gastriques s'amendent : s'ils persistent, on les fait disparaître en faisant ingérer un peu d'eau minérale alcaline.

Les troubles d'auto-intoxication, cardio-vasculaires, pulmonaires, nerveux, disparaissent ensuite plus lentement. Le facies n'est plus terreux. L'amaigrissement cesse. Les forces reviennent. Quand il y a de la fièvre, la température redevient rapidement normale.

Dans les formes chroniques, avec diarrhée persistante (non tuberculeuses), les troubles digestifs cèdent un peu moins rapidement.

Pour que ces bons résultats persistent, il faut prolonger ce traitement au moins deux mois et demi en moyenne, jusqu'à ce que la flore intestinale soit notablement transformée.

Cette modification ne se fait que fort lentement et, dans le cours du traitement, il n'est pas rare d'observer, à la suite de fatigues, suralimentation, etc., de petites rechutes qui ne présentent jamais la gravité des accidents primitifs.

Ce n'est qu'au bout d'un temps relativement long qu'on peut cesser l'administration des cultures et prescrire un régime moins sévère,

comprenant par exemple un peu de viande ou de poisson à un des principaux repas. Mais le fond de l'alimentation sera toujours constitué par des légumes quelconques, des pâtes et des fruits.

E. VOGT.

Antisepsie intestinale, par HARRY CAMPBELL (*Treatment*, février 1906). — L'auto-intoxication d'origine intestinale reconnaît plusieurs origines ; d'abord les aliments, surtout ceux qui sont d'origine animale, donnant lieu à des albumoses et à des peptones qui, cependant, sont converties en protéides inoffensives. Une partie de ces substances toxiques est absorbée, puis éliminée par les reins. L'intestin peut contenir des poisons septiques résultant de la putréfaction et de la fermentation provoquées par les bactéries. Une partie est absorbée et s'élimine par l'urine qui devient toxique. D'après les expériences de Bouchard, c'est le lait qui donne le moins lieu aux produits toxiques urinaires; le calomel, le charbon, le salicylate de bismuth sont, parmi les antiseptiques intestinaux, ceux qui diminuent le plus la toxicité urinaire. Le charbon a l'avantage d'être insoluble et de s'emparer des substances qui ne peuvent ainsi pénétrer dans le sang.

Les médicaments ont leur place dans le traitement de l'intoxication intestinale, mais leur rôle est secondaire. Le meilleur moyen d'assurer l'état aseptique relatif de l'intestin est de se conformer à un régime simple, de quantité modérée et de bien mastiquer les aliments. Un régime simple sera composé par exemple de lait, de pain et beurre, de viande bien cuite, de volaille et de poisson et de fruits crus. L'importance d'une quantité réduite d'aliments tient à ce que, dans ces conditions, la digestion s'opère plus complètement, et plus la digestion est complète moins il y a de tendance à la putréfaction intestinale. Mais ce qui est le plus important pour éviter les fermentations, c'est une mastication complète, surtout des aliments végétaux, soit parce que leur digestion est plus complète, soit parce qu'une bonne mastication conduit à diminuer la quantité d'aliments ingérés.

L. JUMON.

Emploi du pétrole purifié comme laxatif dans les troubles intestinaux (*Treatment*, février 1906). — Un fait digne d'attention est que le pétrole raffiné avec soin est entièrement dépourvu de toute action physiologique sur l'organisme ; il ne possède qu'une action simplement locale. Grâce à ses propriétés émollientes et calmantes, il a pu rendre certains services dans certains états catarrhaux.

Cependant il ne semble pas posséder de propriétés antiseptiques. Administré à l'intérieur à fortes doses, de 8 à 20 grammes, il agit mécaniquement comme un évacuant intestinal; en lubréfiant et en augmentant la fluidité des selles il favorise leur expulsion. Il n'est pas altéré par les sécrétions gastro-intestinales et il n'est pas absorbé par l'intestin; son effet sur la nutrition est nul. Il est indiqué au point de vue physiologique dans toutes les formes de constipation et dans les troubles du rectum qui en dépendent.

C'est le seul laxatif qui puisse être employé impunément d'habitude dans la constipation spasmodique, et comme il est sans effet sur les sécrétions, il est préférable aux narcotiques dans le traitement de ce symptôme. Son utilité est réelle dans les cas d'hémorroïdes, de fistules et d'ulcérations rectales. Dans la constipation qui dépend d'une sténose de l'intestin, il donne également de bons résultats, mais il faut alors l'administrer à beaucoup plus fortes doses. Il n'y a pas de contre-indications ni de limitation à son emploi, et il peut être administré aux enfants comme aux adultes et dans toutes les circonstances. En supprimant des obstacles mécaniques, il incite l'intestin à agir spontanément et il le fait sans exercer une action violente sur cet organe.

L. JUMON.

De la pancréatite chronique (*Soc. de ch.*, 16 février). — Après M. TERRIER, dont nous avons récemment rapporté le cas de pancréatite chronique, terminé par la mort, nous mentionnerons la communication de M. SEGOND, sur le même sujet, avec le même résultat. Voici le cas : homme de cinquante-quatre ans, syphilitique, ayant subi une opération, en Amérique, pour des accidents avec fièvre dans la région du foie. On semblait avoir fait une simple laparatomie exploratrice. Cet homme était repris de douleurs, avec fièvre et ictère, en septembre 1905, M. Segond l'opéra, dans un état fort grave; il trouva un foyer biliaire et se contenta de drainer. L'amélioration ne dura que quelques semaines. M. Terrier vit le malade et diagnostiqua une pancréatite chronique. M. Segond intervint donc de nouveau et découvrant le pancréas, trouva une induration de la tête de cet organe. Le diagnostic était donc confirmé. Malheureusement, le huitième jour, l'opéré succomba.

A. BENOIT.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine primitive de Koch, par JAQUEROD (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 20 février 1906). — L'auteur estime qu'il serait intéressant de rechercher s'il existe encore beaucoup de malades traités en 1890 par la tuberculine : il connaît deux sujets qui ont été guéris à l'époque et n'ont jamais eu de rechutes depuis quatorze ans. La tuberculine primitive est donc susceptible d'une action thérapeutique utile, à condition de commencer par de très petites doses, et sans provoquer de réaction locale ou générale appréciable.

L'auteur a depuis deux ans adopté cette méthode pour le traitement de certains cas de tuberculose pulmonaire. Il commence par une division de la seringue de Pravaz d'une solution à 1 : 10000 : si cette dose provoque une réaction fébrile, on redonne huit jours plus tard une nouvelle dose : si à ce moment la température s'élève à nouveau, l'auteur estime qu'il y a contre-indication absolue à l'emploi de la méthode. Si la première injection ne provoque pas de fièvre, on injecte tous les deux jours une dose croissante pour arriver peu à peu à injecter deux dixièmes et demi de la seringue de Pravaz d'une solution à 1/10.

Parfois, quand on arrive à une certaine dose, on ne peut augmenter sans provoquer de réaction fébrile : il faut alors ne pas quitter cette dose limite ou cesser la médication : il faut aussi bien ausculter, car parfois il y a réaction fébrile sans fièvre.

L'injection se fait au bras, sous la peau, ou dans les muscles du dos. Plus de trente malades ont été ainsi traités, dont plus de vingt assez longtemps pour que l'on puisse étudier ces cas. La dose maxima a été, pour quelques sujets, de 0 gr. 50 de tuberculine pure.

Dans deux cas, la guérison fut obtenue en dix semaines. Dans un autre cas, traité sans résultat depuis trois ans, on obtint en six mois la disparition de l'expectoration.

Tous les autres ont été nettement améliorés : ils se sentent plus forts.

Pour l'auteur, la tuberculine agit uniquement par ses propriétés réactives : il s'agit de ne pas dépasser l'effet utile. C'est un médicament éminemment utile dans les formes localisées, torpides et afébriles, mais dangereux à manier. Il faut donc s'en tenir rigoureusement à la méthode indiquée par l'auteur : nous renvoyons pour les détails au travail publié.

E. VOGT.

L'anorèxie des tuberculeux pulmonaires : médications excitant l'appétit chez ces malades, par HÆDICKE (*Therap. Monatshefte* mars 1906.) — Chez le tuberculeux, c'est la fièvre surtout qui exerce sur l'appétit une influence dépressive, aussi est-il bon d'administrer les antithermiques une heure avant le repas, en calculant la dose de façon à éviter une réaction sudorale (0 gr. 10 à 0 gr. 20 de pyramidon, 0 gr. 125 d'antifébrine, etc).

L'anorexie peut être aussi causée par des crises de toux au moment du repas : dans ce cas, on donnera, quinze minutes avant, un peu de dionine, par exemple : de cette façon, on arrivera à enrayer les nausées et les vomissements dus à l'ébranlement subi par l'estomac au moment de l'accès de toux.

Le tuberculeux présente en outre parfois des modifications pathologiques de l'estomac, qu'il faut dépister et traiter : il arrive aussi que certains malades avalent une partie de leurs crachats, ce qui est une cause importante des troubles stomacaux. Dans les cas de ce genre, un lavage de l'estomac, le matin, constitue un excellent mode de traitement.

Une cause d'anorexie est en outre constituée par la suralimentation lactée ; il suffit de régler les prises de lait pour améliorer la situation.

Les troubles les plus fréquents de l'appétit sont dus à la constipation, qui augmente par la cure de repos : chez les femmes surtout, on rencontre souvent des accumulations de scybales, dont l'expulsion s'impose.

Fait curieux, la tuberculose de l'intestin peut souvent passer inaperçue, au point de vue symptomatologique, quand les lésions sont peu accentuées. Si elle provoque des diarrhées, on pourra combattre celles-ci par le dermatol (4 à 6 grammes par jour).

S'il existe de l'anémie, on recourra à l'arsenic plutôt qu'au fer : les pilules asiatiques donnent les meilleurs résultats.

Reste l'anorexie essentielle, ou du moins celle dont on ne peut découvrir la cause spéciale. Les amers donnent chez le tuberculeux de bons résultats, et, dans quelques cas, le tannate d'orexine. On peut en dire autant de la teinture aromatique : les épices mêlées aux aliments constituent aussi un bon stomachique ; le thé de bœuf, les extraits de viande exercent une action manifeste, ainsi que les préparations d'hémoglobine.

Le benzoate et le carbonate de gaiacol, le thiocol sont très efficaces sous ce rapport : de

même que l'alcool, ces produits sont eupeptiques à faibles doses.

Chez les tuberculeux fébricitants, la sécrétion d'acide chlorhydrique est diminuée au cours de la digestion stomacale ; on pourra donc administrer cet acide : l'auteur se sert de préférence de suc gastrique de chien opéré par la méthode de Pawlow.

En dehors de tous ces médicaments, l'influence de l'air pur, avec ou sans exercice, est très grande : dans tous les cas, le tuberculeux doit se reposer une demi-heure avant le repas.

E. VOGT.

Action de la marétine sur la fièvre des phtisiques, par RÉNON et VERLIAC (*Bull. gén. de thérapeutique*, 23 février 1906). — Les auteurs ont utilisé la marétine contre la fièvre des tuberculeux, en la donnant spécialement aux tuberculeux cavitaires, arrivés au dernier degré de la phtisie.

La marétine, carbaminate de métolhylhydrazide, est une poudre blanche, insipide, presque insoluble dans l'eau froide, soluble à 2 p. 100, dans l'eau chaude et à 1 p. 100 dans l'alcool. La marétine colore souvent l'urine en jaune, elle réduit la liqueur de Fœhling, ce qui rend facile la recherche de son passage à travers le rein.

Avant l'emploi de la marétine, les malades furent laissés au moins huit jours au repos, au régime et à la médication ordinaires, pour éviter toute cause d'erreur. La marétine fut donnée dans du pain azyme à la dose de 25 centigrammes pour les hommes et de 15 à 20 centigrammes pour les femmes. Deux doses furent prises chaque jour : l'une à 11 heures du matin, et l'autre à 3 heures de l'après-midi.

Dans tous les cas, sauf un, l'administration de la marétine fut suivie d'une modification de la courbe thermique : le premier soir, une chute brusque de la température, de un à deux degrés et demi, et cela sans aucune transpiration et sans malaise : une fois seulement, il y eut sensation de chaleur à peine désagréable. Dans plus de la moitié des cas, la température prit le type inverse chaque fois qu'on administra la marétine.

Dans les neuf dixièmes des cas, la courbe thermique subit dans son ensemble une diminution d'intensité et de durée variables. Dans les cas les moins favorables, la température baissa de un demi à un degré pendant huit jours, puis elle remonta malgré la continuation de l'emploi de la marétine. Dans la majorité des cas, l'abaissement thermique fut progressif, et la courbe se maintint pendant douze à quinze jours de un à deux degrés au-dessous de la température primitive. Dans quelques cas exceptionnels, l'action de la marétine a persisté deux mois sans affaiblissement, amenant régulièrement un abaissement thermique de un degré et demi.

Dans tous les cas la température remonte à son niveau primitif dès la cessation du médicament.

Dans quatre cas, on observa de la diarrhée : deux fois celle-ci céda dès la suppression du médicament.

Les mêmes effets antithermiques furent observés dans trois cas de congestion pulmonaire.

La marétine ne donne pas de transpiration et n'augmente pas celle qui existait auparavant.

E. VOGT.

Traitement des veines variqueuses, par MAYO (*Med. Rec.*, 20 janvier 1906). — Les opérations diverses en usage dans les cas de varices deviennent souvent nécessaires en raison des troubles apportés par la maladie. L'opération de Trendelenburg est devenue populaire à juste titre, surtout dans les cas de circulation vicieuse des veines superficielles et profondes de la cuisse. L'énucléation des veines par la voie sous-cutanée à travers plusieurs incisions courtes est un traitement qui donne des résultats dans la majorité des cas. L'ablation sous-cutanée de la saphène interne au-dessus, sur le côté et au-dessous du genou, en détruisant la branche superficielle principale et les branches profondes communicantes, constitue la meilleure méthode, donnant dans une seule opération tout ce que peut donner celle de Trendelenburg au-dessus ou celle de Schede au-dessous. Le travail de Goerlich a donné 84 p. 100 de résultats opératoires satisfaisants et 16 p. 100 d'insuccès.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Nouveau traitement chirurgical des cas rebelles d'ozène, par J. BROECKAERT (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1905). — Depuis 1902 où l'auteur a employé les injections de paraffine, il a observé un grand nombre de cas d'ozène ; ce mode de traitement a donné des améliorations très notables à la plupart et a guéri une centaine d'ozéneux ; par contre, il est

un certain nombre de malades qui n'en ont retiré aucun bénéfice.

Ces insuccès tiennent à ce que la muqueuse est trop atrophiée et si friable qu'elle se déchire à la moindre tentative d'injection.

Dans d'autres cas, il ne se forme plus de croûtes et cependant l'odeur ozéneuse n'a pas complètement disparu; c'est dans les cavités accessoires qu'il faut alors rechercher la cause de l'échec.

Le plus souvent c'est l'ethmoïde et le sphénoïde qui sont atteints de suppuration, mais les lésions sont secondaires et nullement primordiales.

Il est des cas où l'atrophie atteint les cornets et tout le système ethmoïdal sans qu'il y ait les symptômes évidents de sinusite ou d'ostéite purulente.

Quel est le traitement de ces formes rebelles et invétérées? Si, à la rhinite atrophique vient s'ajouter une suppuration des cavités accessoires, les injections de paraffine seront insuffisantes; il faut traiter la sinusite. Ce sont les cellules ethmoïdales qui sont le plus souvent intéressées; après elles, vient le sinus sphénoïdal par ordre de fréquence; enfin la sinusite maxillaire serait rare et la sinusite frontale exceptionnelle.

Donc, dans certains cas rebelles, il faudra procéder à l'ablation totale de l'ethmoïde et ouvrir largement le sinus sphénoïdal dont la muqueuse sera enlevée.

Volkmann, Rouge ont conseillé autrefois de traiter chirurgicalement l'ozène.

Voici la technique opératoire suivie par l'auteur: Incision cutanée partant de la racine du nez et descendant par le sillon naso-génien jusqu'à la narine correspondante.

Mise à nu de l'os propre du nez, de la branche montante du maxillaire supérieur et de la paroi antérieure du sinus maxillaire.

Résection, à la pince, de l'apophyse montante et de l'os propre du nez.

On introduit alors un gros tampon de gaze dans le cavum et l'on incise la muqueuse du nez; par la large ouverture ainsi créée on enlève entièrement l'ethmoïde soit avec une forte curette, soit avec les pinces plates de Luc.

Après hémostase, on attaque le sinus sphénoïdal qu'on ouvre largement et curette à fond.

On résèque une partie de la face antérieure du sinus maxillaire, puis toute la paroi interne de ce même sinus ainsi que les cornets inférieur et moyen.

Cette grande cavité est tamponnée par une énorme mèche de gaze dont le bout inférieur sort par la narine et on suture la plaie.

Si la lésion est bilatérale, on pourrait recourir à une incision médiane, mais il est préférable de choisir l'incision double.

L'auteur a eu recours à cette opération chez deux malades de vingt-trois ans; l'hémorragie fut assez abondante, mais rapidement arrêtée par un tamponnement serré; la réaction fut nulle et la plaie se réunit par première intention. Malgré l'immense brèche osseuse il n'y a pas le moindre effondrement des parties molles.

Quant au résultat curatif, il faut attendre pour se prononcer, que la cavité soit épidermisée, ce qui demande deux ou trois mois.

A. COURTADE.

Déviations de la cloison nasale. Traitement, par HUMBLE (*Soc. méd. chir.*, d'*Anvers*, décembre 1905). — L'auteur emploie le procédé de Hajek, qui est simple, rapide et permet au malade de quitter le cabinet du médecin après une ou deux heures de repos; le seul inconvénient est l'hémorragie malgré l'emploi de la solution de cocaïne à 7,5 p. 100 et additionnée de quelques gouttes de la solution d'adrénaline; des tampons d'ouate imbibés d'une solution d'antipyrine servent à l'hémostase.

Le procédé de Hajek consiste à mobiliser tout le cartilage dévié et à le placer sur le plan médian. Pour cela, avec un bistouri coudé à angle droit, on transfixe la cloison du côté concave et on l'incise dans toute son épaisseur, d'abord sur son bord inférieur, puis le long du vomer jusqu'à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, où l'incision remonte à 1 centimètre; cela fait, on sectionne le cartilage parallèlement au dos du nez jusqu'à la rencontre du bord inférieur de la lame perpendiculaire et en bas jusqu'à la section horizontale; le cartilage forme alors un volet mobile qui n'est rattaché à la lame ethmoïdale que par une sorte de pédicule. On redresse alors la déviation et on maintient la cloison sur le plan médian avec des tampons de gaze iodoformée qui sont changés tous les deux jours. En général, au bout de quinze jours la consolidation est faite.

Si, en même temps que la déviation, il existe un épaississement en crête, il faut réséquer celle-ci avant de procéder au redressement.

Une légère déviation qui n'entraîne ni trouble respiratoire, ni accidents réflexes tels que asthme, insomnie, n'est pas une indication à opérer.

Chez les enfants, il faut employer l'anesthésie générale, la cocaïne n'ayant pas une propriété anesthésique assez durable, si l'opération dure un peu longtemps.

Dans les cas où la déviation intéresse la

partie antérieure du vomer et où il existe une crête, l'auteur se sert de la gouge et du maillet.

A. COURTADE.

L'otalgie et son traitement, par ALBERT BARDES (*Med. Record*, 20 janvier 1906). — Beaucoup de médecins regardent la douleur d'oreille comme une affection légère; cependant, dans beaucoup de cas où elle est négligée, elle est le début d'une affection qui peut être mortelle ou qui peut se terminer par la surdité ou un écoulement chronique. Après avoir passé en revue les affections qui donnent lieu aux douleurs aiguës d'oreilles, l'auteur expose la conduite à suivre. Aussitôt qu'une personne se plaint de ce symptôme, on doit supposer l'existence d'un processus septique qui peut prendre de dangereuses proportions si l'on n'intervient pas pour l'arrêter. Les malades doivent garder le lit, dans un milieu calme, ne prendre qu'une alimentation liquide, bref, être traités comme ceux qui sont atteints d'une fièvre vive. On donnera un purgatif, puis une simple dose de morphine pour assurer le repos et un certain bien-être. On peut appliquer sur l'oreille la chaleur sèche ou bien le sac de glace. Les malades préfèrent en général la première. Toutes les trois heures on fera dans l'oreille une irrigation légère avec une solution chaude de bichlorure de mercure à 1 p. 5.000 après quoi on peut instiller quelques gouttes d'une solution de glycérine phéniquée à 12 p. 100. On déconseillera l'application d'huile, de teinture dans le méat externe comme étant inutile et même nocive. Dans aucun cas on ne laissera les malades souffrir plus de vingt-quatre heures. Si la douleur continue, si la membrane du tympan est enflammée et distendue, les mesures palliatives sont plus qu'inutiles et il est dangereux d'essayer d'arrêter l'inflammation par des moyens autres que l'intervention chirurgicale. Un tympan qui fait saillie doit être traité de même manière qu'un abcès dans une autre région, c'est-à-dire par l'incision franche, plutôt que par la simple ponction ou l'attente de la perforation. Ce procédé, non seulement donne un prompt soulagement, mais prévient de dangereuses complications dans la plupart des cas et facilite la réparation des lésions. Aucune opération en chirurgie n'est suivie d'un soulagement aussi grand que celle qui a pour effet d'évacuer le pus accumulé dans la caisse du tympan, lorsqu'on opère dans de bonnes conditions. On peut inciser librement et presque sans douleur la membrane du tympan en administrant une injection de morphine ou en donnant un peu de chloroforme. Les soins antiseptiques doivent être minutieux, afin d'empêcher l'infection de s'étendre. Pendant les progrès d'une affection de l'oreille moyenne on doit surveiller les symptômes du côté de l'apophyse mastoïde.

L. JUMON.

Ponction lombaire dans les affections de l'oreille, par HELSMOORTEL (*Soc. méd. chir., d'Anvers*, décembre 1905). — La ponction lombaire est loin de guérir tous les malades atteints de surdité. L'auteur rappelle que Babinski a dit : La rachicentèse ne présentant aucun danger, n'exposant pas les malades qui s'y soumettent à une aggravation, doit être tentée chez tous les sujets qui sont atteints de troubles auriculaires *réfractaires aux divers modes de traitement local*.

Le premier cas que présente l'auteur concerne une femme de quarante-neuf ans dont la surdité remonte à quatre ans; des vertiges suivis de vomissements et de chutes apparaissent; le traitement local suivi pendant un an ne donne aucun résultat.

Avant la ponction lombaire, l'examen fonctionnel montre que la voix parlée est entendue à 10 centimètres par l'oreille droite et 2 mètres à gauche. On retire 20 centimètres cubes de liquide par la ponction lombaire ; quatre jours après l'opération on constate que la voix parlée est étendue à 2 mètres de distance par l'oreille gauche et 8 mètres par la droite ; les vertiges ont disparu mais les bourdonnements persistent encore.

Quatre mois après l'intervention, la voix parlée est entendue à 15 mètres des deux côtés, les vertiges et les douleurs ont cessé. Cet état satisfaisant se maintenait encore dix-huit mois après.

Dans un deuxième cas, relatif à un homme de cinquante-sept ans, la surdité s'était subitement accrue six mois avant la consultation; les vertiges sont tels que le malade n'ose plus descendre l'escalier sans aide. Les traitements ordinaires sont inefficaces.

A l'examen, la voix parlée est perçue à 10 centimètres à droite et 2 mètres à gauche ; le Ruine est positif des deux côtés.

Par la rachicentèse on extrait 25 centimètres cubes de liquide; six semaines après, l'audition pour la voix parlée était de 10 centimètres pour l'oreille droite et 8 mètres pour la gauche, mais des vertiges plus faibles persistent encore.

Une deuxième ponction, pratiquée deux mois et demi après la première, permet de retirer 20 centimètres cubes de liquide; elle est suivie de la disparition presque complète des vertiges.

Dans le troisième cas, il s'agit d'un homme de quarante et un ans dont la surdité a débuté

il y a trois ans, à la suite d'une chute sur la tête, suivie d'un écoulement par les deux oreilles qui a duré trois semaines.

Depuis, des bourdonnements et des vertiges sont survenus.

La voix est entendue à 5 mètres à droite et 10 mètres à gauche.

On retire 20 centimètres cubes de liquide rachidien; l'audition pour la voix s'élève à 20 mètres pour le côté droit et 30 mètres pour le gauche; il n'y a plus ni bourdonnements, ni vertiges.

A. COURTADE.

Guérison de la tuberculose laryngée (*Berliner klin. Wochenschrift*, 26 févr. 1906). — ALEXANDER fait remarquer que les deux tâches principales à accomplir pour le spécialiste, sont de chercher à guérir les cas où cette guérison est possible ou de calmer les douleurs dans les cas incurables. Pour atteindre ces deux buts, on dispose aujourd'hui de nombreux moyens qu'il s'agit de savoir utiliser avec fruit : il faut surtout se garder du pessimisme qui semble, dans cette question, avoir envahi les esprits.

Une intervention opératoire ne doit être pratiquée que dans les cas où le processus local n'a pas un caractère de malignité marqué, car si l'on curette des cas à marche rapide, on ne fait que donner un coup de fouet à la lésion. On gardera donc toujours le sujet en observation pendant quelque temps avant de l'opérer. Chaque cas doit du reste être étudié à part, et l'on se décidera souvent pour la non-intervention sans pour cela abandonner l'espoir de guérir son malade; en effet, le traitement hygiénique et diététique du tuberculeux a fait de tels progrès, que les chances de guérison de la laryngite tuberculeuse ont beaucoup augmenté.

L'auteur donne plusieurs observations à l'appui de sa thèse.

E. VOGT.

Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée, par FINDER (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 9, 1906). — Lorsque les lésions sont bien limitées et peuvent sûrement être atteintes par les instruments, on peut songer à une intervention, suivie en général d'applications d'acide lactique.

Pour l'auteur, l'état du poumon n'a pas grande importance au point de vue des indications à l'intervention endolaryngée : il va sans dire qu'il faut excepter la période ultime.

Un facteur important de réussite est constitué par la tendance à la guérison, qui varie dans de grandes proportions d'un sujet à l'autre et ne peut être calculée à l'avance. Il peut arriver qu'un cas semble présenter toutes les conditions favorables pour une intervention, et que les résultats opératoires soient désastreux : dans ce cas, il faut abandonner le traitement chirurgical. D'autres fois, des lésions étendues entrent en régression dès que l'on est intervenu, même sur une partie minime de la surface atteinte.

Il ne faut jamais négliger le traitement général, ni celui du poumon, et même dans les cas où toute guérison est impossible, chercher à soulager le malade par des interventions palliatives. Le curetage, les cautérisations à l'acide lactique, l'amputation de l'épiglotte peuvent faire disparaître la dysphagie et permettre une alimentation plus substantielle. On peut aussi se trouver en présence de masses granuleuses, rétrécissant la lumière du tube laryngien : l'enlèvement de ces masses peut parfois permettre d'éviter la trachéotomie : celle-ci sera d'emblée indiquée chez les enfants, car les difficultés techniques sont alors beaucoup plus grandes pour le traitement endolaryngé.

On sait que la grossesse assombrit dans une large mesure le pronostic de la tuberculose laryngée : l'auteur estime qu'il faut, dans ce cas, suivre le conseil de Kuttner, et chercher le repos de l'organe en faisant la trachéotomie.

E. VOGT.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement de l'eczéma, par ALLIAN JAMIESON (*The Edinb. med. Journal*, mars 1906). — On doit recourir surtout aux moyens externes pour combattre l'eczéma, en observant la propreté, en ayant recours aux calmants et, dans les cas nécessaires, aux stimulants, avec prudence. Dans l'eczéma rubrum des jambes, le patient ne vient se faire soigner que dans les périodes aiguës. Il devra alors garder le lit et avoir la jambe enveloppée dans des cataplasmes d'amidon boriqués, qui ne doivent pas être recouverts d'un tissu imperméable. Les pansements seront changés quatre fois en vingt-quatre heures. Au bout de cinq ou six jours les cataplasmes ont donné tout ce qu'on en attendait au point de vue du nettoyage et de

l'action calmante. Il faut alors recourir à une pommade composée par parties égales de vaseline et d'emplâtre de plomb. Au bout de quelques jours lorsque l'épiderme s'est reformé, le traitement est complété sur les endroits encore rouges par une pommade composée de sulfure noir de mercure, de soufre précipité, de camphre et de vaseline. Si les démangeaisons reviennent, l'auteur conseille un bain chaud le soir.

Dans l'eczéma aigu du cuir chevelu, il est mieux de couper les cheveux ras, afin de pouvoir appliquer immédiatement les cataplasmes d'amidon et de faire tous les jours un nettoyage avec de l'eau chaude et du savon de potasse. Lorsque toutes les croûtes sont parties, on continue les lavages au savon et, après avoir séché la région, on applique une pommade composée d'acide salicylique, de soufre précipité, de camphre et de vaseline. L'onction est répétée deux fois en vingt-quatre heures. Pour éviter les récidives, il est utile de laver la tête à de courts intervalles avec le savon de potasse et d'employer une pommade de résorcine ou quelquefois composée par parties égales de soufre et de résorcine dans la vaseline. Si l'on ne peut couper les cheveux, on ramollira les croûtes avec de l'huile d'amandes.

Une troisième forme d'eczéma, très rebelle, est celle qui atteint la paume des mains. Ici encore il faudra recourir aux cataplasmes d'amidon boriqués d'une façon persévérante jusqu'à ce que le patient puisse librement fléchir la main et les doigts et que toutes les fissures aient disparu, ou bien encore le patient devra s'astreindre à porter en application sur la main de l'emplâtre salicylé qu'on renouvelle au moins tous les deux jours. Une fois que la surface est décapée, on applique l'emplâtre de plomb et de vaseline pendant une quinzaine de jours. A ce moment on peut essayer une pommade composée d'acide pyrogallique oxydé, d'acide salicylique, de lanoline et de vaseline. On fait une friction avec une petite quantité de cette pommade et le malade porte des gants. L'application peut être répétée soir et matin. Dans cette période du traitement, les lavages ne doivent pas être trop fréquents et faits plutôt avec de la farine d'avoine qu'avec du savon. Lorsqu'on arrête la pommade, on étend sur la main une poudre composée de trois parties d'acide salicylique et de quatre-vingt-dix-sept parties de talc, plusieurs fois par jour après chaque lavage.

Certaines précautions doivent être prises quand on se sert par exemple de la pommade à l'oxyde de zinc; l'axonge peut rancir. Il faut donc que la pommade soit fraîchement préparée, ou bien on pourrait prendre le cold-cream, dont la composition n'est cependant pas précise. L'ichtyol est un bon médicament, mais on ne doit pas dépasser la proportion de 2 p. 100 dans le cold-cream ou la pâte de Lassar.

Lorsque l'eczéma est sec et qu'il s'agit de forme érythémateuse ou papuleuse, l'auteur recommande la lotion suivante pour calmer les demangeaisons : poudre de talc, poudre d'amidon, solution diluée de sous-acétate de plomb, solution d'acide borique à 1 p. 100, de chaque 100 parties; glycérine, 40 parties; eau camphrée, 200 à 300 parties. L. JUMON.

De certaines conditions qui influent sur les éruptions bromiques et iodiques, par ARTHUR HALL (*The Edinb. med. J.*, mars 1906). — Il existe beaucoup de variétés d'éruptions cutanées produites par les bromures et les iodures : l'érythème, le purpura, l'acné simple, l'acné anthracoïde, des éruptions bulbeuses sont des types des mieux connus. Toutes ces éruptions varient de caractère et de gravité. Les plus graves surviennent généralement chez des personnes atteintes d'affections rénales soit primitives, soit secondaires à une affection cardiaque. Dans le cas des bromures on voit les éruptions les plus sérieuses survenir surtout chez de jeunes enfants dont les fonctions éliminatrices ne paraissent cependant pas entravées. Les éruptions bromiques et iodiques sérieuses peuvent d'abord se produire à la suite de très petites doses administrées pendant un temps très court; en second lieu, elles continuent leur évolution même après que le médicament a été supprimé. Une fois que l'éruption a débuté, il est trop tard pour cesser le médicament et il reste seulement à essayer de combattre l'éruption. Une observation de l'auteur montre très nettement que l'exposition à la lumière du soleil joue un rôle considérable. En effet les parties de la face garanties par le chapeau et celles du cou à l'abri par les vêtements ne présentaient aucune trace de l'éruption qui était nettement limitée aux régions exposées. A ce moment, pour combattre l'éruption, il ne reste plus qu'à protéger la peau contre toutes les sources d'irritation mécaniques, thermiques ou chimiques. Le malade pourrait rester un certain temps dans une chambre sombre ou au besoin porter un masque rouge sur la face, tandis que les bras et les jambes seraient saupoudrés d'une simple poudre antiseptique, ou enveloppés dans un pansement à l'oxyde de zinc.

L. JUMON.

La valeur comparée du bain photo-électrique dans les diverses formes du psoriasis, par G. I. MESCHERSKY (*Med. Obozrénié*, 1906,

n° 2). — Guimbal, Afzelius, Brytchov et d'autres ont déjà signalé les effets favorables que les bains photo-électriques sont susceptibles de produire dans certaines dermatoses, y compris le psoriasis. Ayant eu l'occasion de traiter par ce procédé, à la clinique des maladies cutanées du professeur Pospélov, à Moscou, 10 cas de psoriasis de forme variée, l'auteur du présent mémoire a pu étudier de la sorte la valeur comparée de l'électro-photothérapie dans les diverses modalités de cette affection. Tout en confirmant le fait que les bains photo-électriques représentent un des moyens les plus efficaces contre le psoriasis, il a pu cependant se rendre compte que toutes les formes de psoriasis ne sont pas influencées également par ce procédé thérapeutique. C'est, en effet, dans le psoriasis invétéré à évolution ultra-chronique, forme rebelle entre toutes, que les effets du bain photo-électrique semblent particulièrement rapides. Par contre, le psoriasis atone dans lequel l'hypérémie, l'infiltration et la desquamation sont faibles au niveau des placards éruptifs, ne cède que lentement à ce moyen et alors seulement que celui-ci est associé à un traitement médicamenteux local. Le *psoriasis rubra* et le *psoriasis fibrinosa*, caractérisés par une imbibition séreuse des éléments éruptifs, réagissent à peine au traitement photo-électrique. Au cours des exacerbations du psoriasis, les bains photo-électriques sont contre-indiqués, comme c'est, d'ailleurs, également le cas de presque tous les traitements locaux. Enfin, l'auteur a pu se convaincre que dans le traitement photo-électrique du psoriasis, point n'est besoin de réaliser une température élevée dans le bain, l'effet thérapeutique n'étant lié essentiellement qu'à l'action de la lumière elle-même.

Dans ses observations, l'auteur s'est servi d'une baignoire éclairée par 48 lampes électriques de la force de 10 bougies. A la sortie du bain, le malade recevait une douche froide en pluie ou bien on l'essuyait simplement avec un linge mouillé.

L'association d'un traitement médicamenteux local ou général accélère considérablement l'action des bains photo-électriques.

V. DE HOLSTEIN.

Épithéliomas cutanés et radiothérapie, par SUQUET (*L'Echo médical des Cévennes*, février 1906). — Au point de vue du dosage métrique, les pastilles de Sabouraud ne donnent commodité absolue qu'à ceux qui emploient les méthodes à doses massives et encore leur trouve-t-on des inconvénients. Mais dans la pratique, on ne saurait trop recommander de suivre les conseils de Sabouraud et de faire sur la surface malade à dix-huit jours d'intervalle, cinq ou six applications de rayons X, chacune correspondant à cinq unités H de Holtzknecht ou à une teinte B du radiomètre X.

Il est bien évident que l'on ne peut pas assimiler la peau à une pastille de platinocyanure de barium et que 10 H peuvent être absorbées par une peau sans le moindre érythème, alors que 5 H peuvent brûler assez sérieusement un épiderme plus délicat. Il faut toujours tâter la susceptibilité individuelle.

Depuis neuf mois, l'auteur procède de la façon suivante : dans une première séance, il fait absorber à la lésion une dose de rayons correspondant à 5 H environ. Cela fait, il attend quinze à dix-huit jours avant de faire la deuxième séance. Si par hasard le tégument est très sensible, cette dose peut être trop forte et on aura alors du 6e au 18e jour après l'application l'érythème réactionnel. On éloigne alors la date de la deuxième séance et on évite ainsi les effets accumulatifs. Si au 18e jour on n'a pas de réaction, on fait absorber à la lésion 5 H dans une deuxième séance et ainsi de suite de dix-huit jours en dix-huit jours.

Habituellement cinq ou six applications suffisent pour un épithélioma cutané de moyenne grandeur. Dans les cas d'épithélioma très superficiel trois ou quatre séances peuvent produire la cicatrisation complète ; il vaut mieux alors faire une ou deux séances complémentaires afin d'éviter la récidive.

Cinq observations démontrent l'exactitude des prévisions de l'auteur.

E. VOGT.

Radiographie du lupus érythémateux de la face, par GASTOU et DECROSSAS (*Soc. fr. de dermatologie*, 1er février 1906). — Les auteurs disposent de 11 observations : le traitement a été toujours le même, une séance par semaine, avec radiodermite volontairement provoquée, apparaissant en général après la troisième séance : souvent il se produisit une escharre superficielle. La durée de la réaction varie entre une et six semaines, l'évolution est en général indolore; la rapidité du processus est marquée dans les points où la peau est mince, avec plans osseux ou cartilagineux sous-jacents. La photothérapie antérieure semble faciliter l'action des rayons X et abréger la durée du traitement. Les points traités donnent après guérison une peau lisse, de teinte normale, souple, non cicatricielle. Le seul inconvénient de la méthode est l'impossibilité de prévoir l'intensité, la forme et la durée de la réaction.

Deux cas traités depuis deux ans n'ont pas

récidivé : pour les autres, le temps écoulé depuis la guérison est trop court pour pouvoir affirmer l'absence de récidive.

M. LEREDDE recommande d'éviter les réactions s'accompagnant de douleurs, qui sont profondes et tenaces souvent; les réactions non douloureuses ou s'accompagnant de douleurs superficielles et passagères peuvent être recherchées. Les ulcérations rebelles et douloureuses sont surtout à craindre aux environs du cuir chevelu.

M. DANLOS ne recherche jamais la radiodermite, car elle est toujours douloureuse et inutile.

M. DARIER ne croit pas que les procédés nouveaux soient supérieurs aux anciens dans une affection présentant si souvent des récidives autour des centres de cicatrisation : il faudrait procéder à des essais comparatifs sur le même malade.

E. VOGT.

Observations sur l'emploi des rayons X dans le traitement de certaines maladies de la peau, par FRED. WISE (*Med. Record*, 20 janvier 1906). — Le traitement radiothérapique ne peut donner de bons résultats qu'entre des mains expérimentées afin d'éviter les accidents qui peuvent suivre l'application du traitement. Après l'avoir employé dans un certain nombre d'affections cutanées, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Les rayons X guérissent la teigne tondante et le favus du cuir chevelu plus rapidement et plus complètement qu'aucune autre méthode de traitement; les avantages de la méthode sont qu'elle est indolore, inoffensive quand elle est appliquée correctement, et qu'enfin, pour les affections mentionnées, elle constitue un traitement économique.

L'hypertrichose doit être traitée par l'électrolyse et non par les rayons X. Ceux-ci donnent des résultats très satisfaisants dans les formes variées de tuberculose cutanée, dans les chéloïdes, les kératoses, les plaques d'infiltration d'eczéma chronique, le *lichen planus*, le *pytiriasis rubra*, dans les tubercules, les ulcères et les tumeurs du mycosis fungoïde, la psorospermie et le sarcome.

Les rayons X calment le prurit, la sensation de brûlure, les fourmillements et la douleur; diminuent les sécrétions et l'odeur de certaines dermatoses et les font souvent disparaître complètement. Dans certains cas appropriés, la radiothérapie est l'agent idéal dans le traitement de l'épithélioma et de l'*ulcus rodens*.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les calculs de l'uretère, par le professeur GUYON (*Clinique de l'hôpital Necker*, 1905). — Les calculs de l'uretère siègent, soit à l'embouchure du bassinet (calcul urétéro-rénal), soit un peu au-dessous en un point rétréci du conduit, soit au niveau du croisement de l'artère iliaque interne, soit enfin au niveau de la terminaison vésicale de l'uretère.

Ils peuvent être longtemps méconnus : les hématuries et les crises douloureuses reviennent toujours à l'occasion d'une fatigue ou d'un écart de régime. Souvent les signes sont frustes, aucune douleur n'est réveillée à la pression, aucun trouble dans la sécrétion rénale, la séparation donne des résultats négatifs ou peu appréciables : souvent même le cathétérisme de l'uretère ou l'introduction de bougies en cire ne donnent ni sensation de frottement ni empreinte en rayure. Le seul signe certain est la radiographie.

Le traitement c'est l'extraction du calcul : quand il siège dans la portion supérieure, on l'aborde par la néphrotomie; dans les deux tiers supérieurs, on l'aborde par la même incision prolongée vers l'épine iliaque. Si le calcul siège dans la portion pelvienne on fera l'incision de la découverte de l'iliaque. Les calculs de la portion terminale de l'uretère seront abordés par la voie transvésicale : il ne faut jamais employer la voie vaginale chez la femme, même quand le calcul sera senti par le toucher vaginal, cette voie exposerait à l'infection rénale.

M. DESCHAMPS.

L'acide pyrogallique dans le traitement des cystites tuberculeuses, par MINET (*Revue pratique des organes génito-urinaires*, 1905, n° 10). — L'A. préconise le traitement des différentes formes de cystites tuberculeuses par les instillations d'acide pyrogallique. Ce traitement n'est contre-indiqué que dans les cas d'hématurie abondante; il diminue la fréquence et la douleur des mictions, combat les infections secondaires et agit directement sur les lésions tuberculeuses, comme l'ont montré certaines modifications observées par la cystoscopie; mais cependant sur une statistique de 60 cas suivis pendant trois ans, on n'a observé aucune guérison complète et définitive. Dans certains cas d'incontinence par destruction du col ou de rétentions considérables, le traitement a

échoué complètement; d'une façon générale d'ailleurs la rétention est peu influencée; la pyurie, la douleur, la pollakiurie, l'état général sont en revanche combattus avec succès par l'acide pyrogallique.

L'acide pyrogallique est très bien supporté par la vessie sur laquelle il a une action analgésique : on injecte 5 centimètres cubes d'une solution aqueuse de 1/50e à 1/30e et même à 1/20e, tous les deux jours; s'il y a de la rétention on évacue la vessie avant de faire l'instillation.

M. DESCHAMPS.

La pyurie, par LEGUEU (*Journal des praticiens*, 3 février 1906). — La pyurie ne doit pas être confondue avec les filaments constitués par des cellules épithéliales, la spermatorrhée, la chylurie, le trouble formé par la fermentation spontanée de l'urine, la bactériurie, les sédiments urinaires (urates solubles par la chaleur, phosphates solubles par acidification de l'urine).

Le pus sous forme de filaments vient ordinairement de l'urètre ou de la prostate : pour savoir dans quelle portion de l'urètre il s'est formé, il suffit de faire uriner le malade après lavage de l'urètre antérieur, ou d'injecter du bleu de méthylène dans cette même portion; les filaments de l'urètre postérieur ne se trouvent pas colorés en bleu. Un gros bouchon de pus apparaissant au début de la miction indique une prostatite suppurée ouverte dans l'urètre. Quand la pyurie est totale, le pus vient du rein ou de la vessie, une grande abondance de pus et d'urine indique une origine rénale (polyurie trouble), de même que son intermittence (pyonéphrose); l'intermittence peut cependant s'observer dans les cas de collection suppurée pelvienne ouverte dans la vessie. Quelquefois une suppuration rénale donne lieu à des douleurs vésicales, de la pollakiurie, mais alors la vessie n'est pas sensible à la distension, la portion inférieure de l'uretère est grosse, douloureuse, boursouflée, ce dépôt est plus abondant que dans les suppurations vésicales. La séparation, la cystoscopie, le cathétérisme uretéral peuvent donner des renseignements importants au sujet du rein qui est en cause.

La nature de la suppuration peut être soupçonnée par les commémoratifs : la pyurie spontanée chez l'homme est souvent de nature tuberculeuse, ce qui peut être vérifié par l'examen bactériologique, l'inoculation au cobaye, l'aspect échancré des leucocytes qui laissent mal colorer leur noyaux (Colombino). Chez la femme les cystites spontanées non tuberculeuses sont fréquentes, à cause de la brièveté de l'urètre.

Le régime lacté est contre-indiqué; il faut conseiller une alimentation peu épicée, composée d'œufs, légumes, viandes fraîches de boucherie, fruits, les boissons aqueuses, les eaux de lavage (Evian, Contrexéville, Vittel). On administrera le santal ou mieux l'arhéol, l'huile de Harlem, le benzoate de soude, l'urotropine, l'helmitol; enfin on traitera la cause même de la pyurie par les procédés chirurgicaux habituels.

M. DESCHAMPS.

Considérations sur l'emploi de l'oxycyanure de mercure dans les voies urinaires, par BARTRINA et OLIVER (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 15 décembre 1905). — Les malades soumis aux lavages vésicaux à l'oxycyanure de mercure, et prenant en même temps de l'iodure de potassium, peuvent présenter des symptômes de cystite (irritabilité vésicale, douleur, ténesme) dus probablement à une décomposition de l'oxycyanure de mercure dans l'urine qui donnerait lieu à la formation de cyanure de potassium et d'iodure mercurique qui serait sans doute l'agent irritant.

Expérimentalement les auteurs n'ont pu démontrer l'exactitude de cette hypothèse; néanmoins ils la croient exacte, en admettant que la combinaison chimique se fasse entre l'oxycyanure contenu dans la vessie et l'iodure de potassium contenu dans les humeurs organiques des tissus constituant la paroi vésicale.

Au point de vue thérapeutique, poursuivant la vérification de cette hypothèse, ils ont essayé de désinfecter les parois d'un urètre infecté chroniquement, en pratiquant une injection permanente d'oxycyanure de mercure à 1 1 ‰, selon le procédé de Motz, chez des malades auxquels ils faisaient prendre en même temps un gramme d'iodure de potassium; cette tentative ne donna pas de résultat appréciable.

M. DESCHAMPS.

Sur la désinfection des voies urinaires, par K. MANDRILA (*Wien. med. Presse*, 18 février 1906). — L'auteur a employé l'helmitol dans une dizaine de cas d'hypertrophie de la prostate avec cystite, qui tous furent améliorés par la médication. Il l'emploie surtout chez les prostatiques dont l'appétit est très compromis et lorsqu'il y a de la constipation, et lui donne la préférence sur l'urotropine parce que les malades prennent très facilement l'helmitol sous forme de limonade, l'acide citrique du médicament stimulant leur appétit. Dans beaucoup de cas aussi l'action s'est montrée plus énergique

que celle de l'urotropine, mais il faut en prendre de plus fortes doses que de celle-ci, ce qui n'a pas grand inconvénient, les malades ayant suivi le traitement pendant plusieurs mois sans éprouver aucun trouble.

L. JUMON.

L'alumnol dans le traitement des urétrites, par TANSARD (*Journal des Praticiens*, 30 décembre 1905). — L'alumnol ou sulfonate de naphtol et d'aluminium est un astringent puissant, mais d'un pouvoir microbicide faible : on peut l'employer avec avantage dans le traitement des urétrites aseptiques, ou de la goutte qui succède à l'urétrite aiguë lorsque le canal a été désinfecté par les grands lavages. Pour le traitement des urétrites microbiennes il est inférieur au nitrate d'argent.

Les instillations d'alumnol ne sont pas douloureuses, elles sont très bien supportées par l'urètre, on peut les renouveler tous les jours sans inconvénient. On commencera par tâter la sensibilité de la muqueuse en employant une solution à 1 p. 100; mais il faut augmenter très rapidement à 2, 3 et même 5 p. 100; on a tout avantage à ne pas maintenir la dose initiale qui souvent est insuffisante. 6 à 8 instillations suffisent en moyenne pour tarir une goutte qui succède à une urétrite aiguë traitée par les grands lavages.

M. DESCHAMPS.

Indications de la prostatectomie, par CANONNE (*l'Anjou médical, janvier* 1905). — La prostatectomie est le traitement de choix de l'hypertrophie de la prostate. Il est difficile de se prononcer définitivement à l'heure actuelle en faveur de l'une ou de l'autre voie, transvésicale ou périnéale ; chaque procédé a ses avantages et ses inconvénients. Les arguments contre la voie périnéale sont l'impuissance consécutive, la persistance de fistules, l'incontinence, que l'on signale dans un bon nombre d'observations; d'autre part, on peut invoquer contre la voie transvésicale la difficulté de l'hémostase et du drainage.

L'intervention est dictée par les indications suivantes : difficulté du cathétérisme, hémorragies, douleurs. L'abstention s'impose quand le cathétérisme peut être pratiqué sans douleur et d'une façon aseptique, surtout en combinant l'antisepsie interne et externe : ces soins ne sont guère possibles que dans la classe aisée: pour le malade de la classe ouvrière, voué aux orchites à répétition et à l'infection vésicale, l'opération est préférable.

On a cité certaines interventions heureuses chez des vieillards de 75, 77 et 84 ans; mais d'une façon générale on s'abstiendra après 72 ans; si on opère un malade relativement jeune, on le préviendra de l'impuissance possible dans la suite.

Les cas favorables sont les cas à grosse prostate : il est bon de se méfier des cas à petite prospate, la rétention peut alors être due plutôt au défaut de contractilité de la vessie qu'au volume de la prostate elle-même.

Les calculs vésicaux constitue une indication opératoire sérieuse ; cependant si le malade vide bien sa vessie, s'il ne saigne pas après les sondages, si le cathétérisme est facile, il est bon de se borner à une lithotritie ou à une taille sans recourir à la prostatectomie, la vessie peut très bien recouvrer ses fonctions normales après l'ablation des calculs.

La rétention aiguë récente, aseptique ou infectée depuis peu, ne commande pas l'intervention : le cathétérisme méthodique et répété peut très bien être suivi d'un retour de la miction normale.

Dans la rétention chronique incomplète, il faut opérer, mais ce sont de mauvais cas, car il y a alors généralement de la cystite ancienne qui a eu pour conséquence une dégénérescence du muscle vésical.

Le triomphe de la prostatectomie est surtout dans les cas de rétention chronique complète (un malade de Legueu a recouvré après l'opération une contractilité perdue depuis dix-sept ans) et aussi dans les cas de rétention septique, complète ou incomplète.

La cachexie, les tares anciennes, l'infection vésicale et surtout l'infection rénale sont des conditions défavorables à l'intervention : l'indication dépend alors de l'impression personnelle du chirurgien, dictée par son tact et son expérience.

La prostatectomie ne doit pas être considérée comme un pis-aller, elle doit être proposée d'une façon précoce dès que le traitement palliatif n'est plus satisfaisant.

M. DESCHAMPS.

Néphrectomie pour hydronéphrose intermittente (*Soc. de Ch.*, 28 février 1906). — Dans ce cas, M. BAZY crut devoir faire la néphrectomie primitive. A l'examen de la pièce, on trouva que la poche était constituée aux dépens de l'organe rénal lui-même, de sorte que l'abouchement de l'uretère dans le bassinet, dans un but de conservation, n'aurait pas fait cesser les accidents. On sait en effet que la conservation de l'organe peut être tentée, lorsque la substance rénale est indemne et le bassinet extériorisé.

A. BENOIT.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Faut-il fermer le péritoine après l'hystérectomie vaginale? par SCHÜTZE (*Monatschrift für Geburtsh. und Gynäk.*, 1905, t. XXI, fasc. 3 (in *la Gynécologie*, 1906, n° 1). — Y a-t-il un avantage réel à fermer la cavité péritonéale après l'hystérectomie vaginale? M. Schütze n'hésite pas à répondre affirmativement; c'est la conduite qu'il a suivie dont 56 cas dont 4 se sont terminés par la mort (2 par pneumonie, 1 par shok, 1 par infection). La technique qu'il recommande pour réaliser cette occlusion est fort simple : après avoir fixé les moignons des ligaments larges aux angles correspondants de la plaie péritonéo-vaginale, il ferme la brèche médiane au moyen de points de suture intéressant à la fois le péritoine pariétal et la tranche vaginale.

M. Schütze a recherché à cette occasion, dans la littérature spéciale, tous les accidents imputables à la non-fermeture du péritoine; ces accidents sont de plusieurs sortes; procidence de l'épiploon, hernie de l'intestin, fistules entéro-vaginales, gangrène de l'intestin et de la vessie causée par la pression du tube de caoutchouc faisant fonction de drain, enfin l'ileus. Des 25 observations rapportées par les auteurs, 16 ont eu une issue funeste.

Pour toutes ces raisons, M. Schütze recommande chaudement l'occlusion immédiate de la cavité péritonéale.

L'auteur de cette analyse croit devoir attirer l'attention sur le chiffre vraiment insignifiant des accidents signalés par M. Schütze quand on envisage les milliers d'hystérectomies qui ont été exécutées jusqu'ici sans fermeture du petit bassin. En réalité, il s'agit là d'une complication tout à fait exceptionnelle.

R. BLONDEL.

Hémorragies intrapéritonéales dans les myomes utérins (*Mon. f. Geburtsh. u. Gyn.* novembre 1905). — Encore plus rares que les hémorragies externes d'origine fibromateuse, ces accidents n'en ont pas moins été observés. En voici un cas typique, car il ne s'agissait que de petits fibromes du fond de l'utérus : Femme de 49 ans, prise de douleur vive de l'hypogastre, succédant à quelques malaises dans le bas-ventre. Il y eut syncope, puis signes évidents d'hémorragie interne. Laparotomie, au cours de laquelle le péritoine fut vidé d'une grande quantité de sang. On ne put découvrir qu'une minime déchirure veineuse de la surface péritonéale d'un myome. Hystérectomie supravaginale, suivie de mort rapide, malgré tous les soins. Autopsie tout aussi peu démonstrative. Les tumeurs, seule particularité, étaient molles, à cause de leurs nombreux vaisseaux qui étaient dilatés. Pas d'hémophilie dans les antécédents. On remarqua seulement qu'une injection de sérum au thorax, faite avant l'opération, avait été suivie de petites suffusions sanguines dans le tissu sous-cutané.

A. BENOIT.

Étude comparative des différents traitements des myomes utérins par A. ROSELLO (*Thèse de doctorat*, septembre 1905). — La dénomination de fibro-myome, généralement adoptée par les auteurs, doit être remplacée, d'après le Dr Rosello, par celle de myome, car ce terme est plus conforme à l'histologie des tumeurs que nous étudions. Le tissu musculaire de fibres lisses est constant, le tissu conjonctif accessoire.

Les ménorrhagies et la douleur sont les uniques symptômes qu'on doit considérer comme dépendants du myome. Tous les autres sont des phénomènes de compression ou d'ordre réflexe.

Les myomes utérins ne récidivent ni ne se propagent dans d'autres parties de l'organisme; on doit, par conséquent, les considérer comme de nature bénigne; mais au point de vue du pronostic, ils peuvent être graves dans certains cas, soit par les hémorragies, soit par les troubles qu'ils déterminent dans l'appareil circulatoire, hépatique ou rénal. Le pronostic doit donc se baser sur les phénomènes comcomitants et non sur la tumeur elle-même. Le traitement médical est purement palliatif, et ne doit être employé que pour remédier momentanément aux symptômes menaçants, en attendant l'occasion propice pour opérer, ou bien encore quand le myome cause peu de douleurs et que la femme est proche de la période de la ménopause et peut espérer la chance d'une guérison spontanée comme cela se voit parfois.

Le traitement hydro-minéral au moyen des eaux chlorurées sodiques, sans avoir une valeur absolue, est un bon auxiliaire de la thérapeutique médicale.

L'électrolyse, préconisée par Apostoli et ses adeptes, ne donne pas, généralement, les résultats que ses défenseurs lui attribuent; en même temps elle expose presqu'aux mêmes dangers qu'une intervention chirurgicale.

Les procédés chirurgicaux peuvent être palliatifs et curatifs. Parmi les premiers figurent

le curettage contre les hémorragies, la dilatation du col utérin contre les douleurs et la réduction de l'utérus prolabé contre les phénomènes compressifs.

Comme traitement chirurgical radical, l'auteur emploie : *a*) l'extirpation de la tumeur par la voie vaginale dans les formes de polype utérin cavitaire et de tumeur sous-muqueuse non polypeuse, de petit volume, *b*) l'extirpation par la voie abdominale dans les cas de tumeur sous-péritonéale circonscrite, et en général toutes les fois que l'utérus peut encore être utile et doit être respecté.

On procédera à l'hystérectomie dans les tumeurs volumineuses quand elles forment corps ou intéressent un grand segment de la matrice, quand la tumeur a subi la dégénérescence kystique, quand il n'y a aucune utilité à conserver la matrice, et, en général, toutes les fois qu'il est impossible d'extirper la tumeur seule par l'une ou l'autre voie.

Le volume de la tumeur, son siège d'implantation, et les adhérences avec les organes voisins, constituent les bases de l'indication pour pratiquer l'hystérectomie par la voie vaginale ou abdominale. On ne doit pas être exclusiviste, puisque chacune de ces opérations a ses indications spéciales.

F. BERINI.

Pharmacologie,

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Action thérapeutique des sels d'argent alcoolisés, par GANZ (*Therap. Monatshefte*, mars 1906). — L'auteur recommande un mélange composé de 0,5 p. 100 de collargol, 70 p. 100 d'alcool à 96°, et d'un mélange de savon de soude, cire et glycérine (les proportions respectives de ces trois composants ne sont pas indiquées). Grâce à cette combinaison, on provoque une hyperémie qui facilite l'absorption cutanée du collargol : la pommade appliquée sur une plaie favorise sa cicatrisation sans l'irriter. Il suffit d'appliquer une couche de pommade sur le point à traiter, et de recouvrir d'un pansement imperméable, pour obtenir rapidement l'effet thérapeutique cherché.

Les affections traitées avec succès par ce procédé sont les suivantes :

Engelures, ulcères de jambe, contusions, brûlures du 1er et 2e degré, eczémas chroniques, synovites, phlébites, panaris, phlegmons, furoncles, lymphangites, épididymites, bubons.

La pommade rendra, selon l'auteur, de grands services dans la petite chirurgie : elle a l'avantage d'être à la fois fort efficace et tout à fait inoffensive. E. VOGT.

Le collargol contre le bromisme, par FÉRÉ (*La Normandie médicale*, 1er mars 1906). — Le bromure de potassium doit rester un aliment pour l'épileptique; aussi faut-il ménager la tolérance de ce médicament, commencer par des doses faibles et éviter l'accumulation.

Il est difficile de réaliser la prohibition de l'alcool et du tabac, facteurs des accidents morbides chez l'épileptique : il en est de même des régimes, de la suppression du sel.

Pour les accidents thérapeutiques, tels que les éruptions bromiques, on les combattra par l'antisepsie cutanée (solution faible de permanganate de chaux), et si celle-ci est insuffisante, on fera de l'antisepsie intestinale : le salicylate de naphtol B peut être toléré indéfiniment, avec des interruptions courtes. Mais dans ces derniers temps, l'auteur a obtenu des effets remarquables avec le collargol, qu'il administre en pilules de 0 gr. 01 ; on pourra sans inconvénient donner 2 pilules par jour pendant longtemps. E. VOGT.

Le proponal, hypnotique nouveau, par LILIENFELD (*Berliner klin. Wochenschrift*, 5 mars 1906). — Il s'agit de la dipropylmalonylurée, proche parent du véronal : c'est, comme ce dernier, une poudre blanche, cristalline, de goût faiblement amer. Le proponal se dissout facilement dans l'eau chaude et les alcalis dilués.

L'auteur a donné le produit nouveau à une vingtaine de malades, et a reconnu que les assertions de v. Mering étaient exactes : le proponal est notablement plus hypnotique que le véronal, car 0 gr. 25 à 0 gr. 30 suffisent pour provoquer un sommeil ininterrompu de 6 à 9 heures : il ne faudrait pas dépasser 0 gr. 50 par dose. On n'a pas observé d'effets accessoires désagréables : l'hypnose s'obtient au bout de 10 à 15 minutes souvent. Le sommeil est plus profond et moins chargé de rêves qu'avec le véronal. Plusieurs malades présentèrent de la fatigue le lendemain de l'ingestion.

L'agrypnie hystérique, qui résiste souvent au véronal, est énergiquement combattue par le proponal, qui agit en outre même quand l'insomnie est due à la douleur : v. Mering cite plusieurs cas et l'auteur dispose d'une observation.

E. VOGT.

La vésipyrine, par HOFFMANN (*Therap. der Gegenwvart*, février 1906). — Il s'agit de l'éther phénylique de l'acide acétylsalicylique : ce dérivé du salol est inodore, ou n'a presque pas de saveur, est insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. La décomposition ne s'effectue que dans l'intestin, aussi peut-on donner jusqu'à 7 grammes de vésipyrine par jour sans provoquer de troubles stomacaux.

Les indications sont celles du salol et des autres salicylates : cystite, pyélite, rhumatisme, névralgies : les doses moyennes sont de 3 à 4, 5 grammes par jour, divisés en trois doses.

E. VOGT.

Contribution à l'étude clinique de la stovaïne (*Archives d'ophtalmologie*, octobre 1905). — Le Dr BARRANY a employé la stovaïne en solution à 2 p. 100 dans de l'eau stérilisée, par injections interstitielles d'un centimètre cube dans la paupière, avec intervalles de deux à trois minutes, avant de pratiquer l'opération de l'entropion palpébral par la méthode de Panas, ainsi que dans l'extirpation des kystes palpébraux, et a constaté que ces injections insensibilisent le champ opératoire pendant le temps suffisant pour réaliser les opérations sans douleur pour le malade.

Il a pu constater en même temps l'énergique action vaso-dilatatrice de la stovaïne, car malgré une forte compression des tissus palpébraux avec la pince de Snellen, la plaie saignait toujours abondamment.

Il a observé aussi une certaine ecchymose violacée à l'endroit où l'aiguille traversait les tissus, non seulement pendant l'opération, mais aussi quelque temps après.

Par deux fois il a vu que le lendemain de l'opération il existait encore un peu d'œdème de la région palpébrale, qui disparut au bout de deux jours.

L'auteur n'a aucune expérience du mélange d'adrénaline avec la stovaïne, non plus que de son mélange avec aucun autre alcaloïde.

Finalement, il croit qu'en continuant les expériences avec ce nouveau produit, soit seul, soit associé à un autre alcaloïde, le champ de son action peut s'étendre à un grand nombre d'affections oculaires.

F. BERINI.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Exercices opératoires (Ecole pratique). — Sous la direction de M. le Pr Segond et de M. J.-L. Faure, agrégé, sous-directeur des travaux de médecine opératoire.

Premier cours : M. A. Schwartz, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration le lundi 5 mars 1906, à 1 h. 1/4 précise, pavillon n° 7.

Les insignes des docteurs de l'Université de Paris. — Le conseil de l'Université de Paris a pris une décision relative à l'attribution d'un insigne aux docteurs étrangers de l'Université. C'est sur la demande d'étrangers, docteurs de l'Université de Paris, que cette décision a été prise ; ils avaient sollicité l'autorisation de porter dans les cérémonies de leurs pays respectifs un insigne qui fasse connaître leur grade. Les docteurs de l'Université de Paris d'origine étrangère sont désormais autorisés à porter dans les cérémonies l'épitoge à trois rangs d'hermine aux couleurs de la ville de Paris. L'épitoge de l'Université de Paris pourra se porter sur la robe d'une université étrangère quelconque. Dans le cas où le docteur n'aurait droit à la robe d'aucune université, il serait autorisé à prendre la robe noire de l'enseignement public français.

Croisière des médecins français (organisée à l'occasion du XVe Congrès international de médecine (Lisbonne, 19-26 ayril 1906). — Le grand nombre de médecins déjà inscrits au Congrès international de médecine, va augmenter les difficultés de trouver à Lisbonne des logements suffisants pour abriter les Congressistes ; aussi, des croisières ont-elles été préparées, depuis plusieurs semaines, par les étrangers.

En présence de ce mouvement, on a pensé qu'il serait bon d'organiser également une croisière des médecins français.

Un navire a été retenu, *l'Etoile*. Ce bateau de plaisance, aménagé avec tout le confort moderne, partira de Marseille le 8 avril, touchera à Majorque, fera escale à Malaga. Là un

train spécial, après avoir traversé les gorges d'El Choro, amènera, à Grenade; ensuite, escale à Tanger; visite de la ville. Le groupe se dirigera alors sur Cadix, et remontant le Guadalquivir, arrivera à Séville pour assister aux fêtes du Samedi-Saint et du jour de Pâques. A Séville, le bateau servira d'hôtel : repas et séjour à bord, sans aucun dérangement. Puis, Cordoue, où l'on ira par train spécial. Enfin, nouveau séjour à Séville pour la visite des monuments, et arrivée à Lisbonne.

Durant le Congrès, repas et séjour à bord, promenades dans les environs : probablement excursion à Porto par le bateau. Après les fêtes du Congrès, retour à Marseille par Algésiras, le détroit de Gibraltar et les côtes d'Espagne.

Prix du voyage de Marseille à Marseille, *tout compris* (transport, nourriture, excursions en trains spéciaux, visites, entrées, promenades en groupes, pourboires) : 850 francs. Durée du voyage : 23 jours. Retour à Marseille le 30 avril, dans l'après-midi. La Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée accordera des permis de demi-tarif pour Marseille et retour.

Pour que la croisière ait lieu, il faut, au moins, cent adhésions. Sont admis les médecins, étudiants et leur famille, voire même des amis présentés par un membre du corps médical.

M. Heuzé, qui s'occupe depuis près de huit ans de l'organisation matérielle des V. E. M., dirigera la caravane.

N. B. — Les places à bord seront attribuées dans l'ordre d'inscription. Chaque cabine ne comportera que deux occupants, trois ou quatre, si on le désire; mais, dans ce dernier cas, on devra en faire la demande et indiquer ses compagnons de route.

Adresser les adhésions et souscriptions au Dr Helme, 10, rue de Saint-Pétersbourg, Paris. 25 mars, terme de rigueur.

La remise de la médaille du Pr Albert Robin. — Dimanche matin a eu lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon une touchante cérémonie organisée par les élèves et les amis du Pr Robin. A l'occasion de sa nomination au grade de Commandeur de la Légion d'honneur, en même temps que pour fêter son entrée dans la chaire de clinique thérapeutique de la Faculté, une plaquette en or, délicate œuvre d'art du maître graveur Vernon, lui a été remise, en présence de M. Etienne, ministre de la Guerre, qui présidait cette fête intime. M. Armand Gautier, président de l'Académie de Médecine, au nom du Comité; M. le Pr Joseph Renaut (de Lyon), au nom des amis personnels; M. le Dr G. Beaudouin, doyen des anciens internes du Pr Robin, lui ont adressé tour à tour les plus chaudes félicitations, auxquelles le maître, très ému, a répondu en quelques paroles délicates et touchantes.

A l'envers de la médaille se trouve gravée la belle devise qu'avait rédigée pour la circonstance le Pr Renaut :

Lauriger ense prius medicina que amplius ultra.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de médecine légale, par A. Lacassagne, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-8° de XVI-891 pages, de la *Collection de Précis médicaux*, avec 112 figures dans le texte et 2 planches hors texte en couleurs. Cartonné toile souple. (Masson et Cie, éditeurs), 10 francs.

La pratique de l'enseignement, les problèmes sociaux qui se sont posés en médecine légale, l'obligation créée par la loi du 30 novembre 1892 à tout médecin de déférer aux réquisitions de la justice, ont fait croire au professeur Lacassagne qu'il était nécessaire de donner plus d'extension à ces questions scientifiques et professionnelles. De grands progrès ont été faits depuis quelques années dans les différentes questions de la médecine légale. Cette transformation s'est faite par l'adaptation des résultats acquis en physiologie et en clinique, ou par ceux qui proviennent de l'expérimentation ou d'une technique spéciales; et de plus par la mise en œuvre des matérieux fournis par la statistique, l'anthropologie, la sociologie. A côté du progrès scientifique, sur les questions afférentes au Code civil et au Code pénal, la loi sur les accidents du travail est venue tout à coup poser de nouveaux problèmes dont la solution a dû être demandée à la collaboration des médecins.

L'exposé de ces documents exigeait un livre nouveau : ce Précis de médecine légale, reflet de l'enseignement du professeur Lacassagne,

a été écrit pour constituer un ouvrage classique dont l'étudiant se servira au moment de la préparation du *quatrième examen*, et que le praticien aura souvent l'obligation de consulter à cause des matériaux ou documents qu'il contient.

Manuel des Maladies des Reins et des capsules surrénales, SOUS LA DIRECTION DE MM. G.-M. DEBOVE, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine CH. ACHARD, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. J. CASTAIGNE, chef de Laboratoire à la Faculté, médaille d'or des hôpitaux, par MM. J. CASTAIGNE, E. FEUILLIÉ, A. LAVENANT, M. LOEPER, R. OPPENHEIM, F. RATHERY. 1 vol. in-8° de VIII-792 pages, avec figures dans le texte : 14 francs. MASSON ET CIE, ÉDITEURS, libraires de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris VI°.

Ce *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales* arrive bien à point pour classer les nombreux travaux qui ont été publiés dans ces dernières années.

En peu de temps, en effet, a paru toute une série de recherches sur la perméabilité rénale, sur le mécanisme régulateur de la composition du sang, sur la pathogénie des œdèmes et de l'hypertension artérielle, sur la débilité rénale, sur le régime déchloruré, sur le traitement chirurgical des néphrites. De même, le rôle des capsules surrénales et l'étude de leurs maladies se sont singulièrement précisés dans ces dernières années. On sait maintenant, en effet, que les lésions des surrénales peuvent produire différentes formes morbides, alors que, naguère encore, on croyait que la maladie d'Addison résumait toute leur pathologie.

Il était nécessaire, dans ces conditions, de modifier la description classique des maladies des reins et des capsules surrénales, en tenant compte de toutes ces acquisitions nouvelles.

C'est le but que se sont proposé les collaborateurs du Manuel et qu'ils ont atteint, en faisant preuve d'une grande clarté d'exposition jointe à un sens critique très judicieux et à une compétence qu'ils avaient acquise par leurs travaux antérieurs sur cette partie de la science médicale.

Les néphrites, l'albuminurie, l'urémie, ainsi que toutes les inflammations non spécifiques des reins ont été traitées par M. Castaigne, qui depuis ses premiers travaux sur la perméabilité rénale publiés avec M. Achard en 1896, n'a cessé d'entreprendre toute une série de recherches sur la pathologie des reins. Il a demandé la collaboration de M. Feuillié pour les questions délicates de chimie urinaire, et il a résumé avec M. Rathery les travaux qu'ils avaient faits en commun sur l'histologie et la physiologie du tube contourné.

Nul n'était plus autorisé que M. Castaigne pour exposer les récentes découvertes auxquelles il avait collaboré : il l'a fait avec une précision et une clarté qui rendent les questions qu'il a traitées faciles à comprendre et à retenir. Les deux premiers tiers du Manuel ont été écrits par lui et constituent une œuvre scientifique et didactique de premier ordre, dans laquelle on trouvera un exposé pratique de presque toutes les maladies des reins.

Il faut faire une exception pour la syphilis et les tumeurs du rein, l'hydronéphrose et le rein flottant : ces sujets ont été traités par M. Rathery dont la remarquable thèse avait précisé toute une série de points concernant ces différentes maladies. C'est ce même auteur qui a décrit la lithiase rénale en s'assurant la collaboration chirurgicale de M. Lavenant, afin que toutes les phases de la maladie puissent être étudiées avec compétence. Enfin, la pathologie des capsules surrénales est l'œuvre de MM. Loeper et Oppenheim qui avaient, sur ce sujet, une autorité toute particulière, en raison des nombreux travaux qu'ils avaient faits au triple point de vue de la pathologie expérimentale, de la clinique et de la thérapeutique. Ils ont pu ainsi, grâce aux connaissances qu'ils avaient antérieurement acquises, ajouter un chapitre véritablement nouveau à la pathologie.

On conçoit que, dans de telles conditions, tous les collaborateurs de ce Manuel étaient bien placés pour exposer, d'une façon précise et en connaissance parfaite de cause, les travaux récents qui ont si profondément modifié la description des maladies des reins et des capsules surrénales, et l'on peut dire que la mise au point qu'ils en ont faite est excellente à tous égards. Et, ce qui ajoute encore au grand mérite des auteurs, c'est que tout en n'omettant d'exposer aucune des découvertes récentes, ils ont réussi cependant à faire un livre didactique et essentiellement pratique où l'étudiant apprendra et comprendra la pathologie rénale et surrénale, où le médecin trouvera les indications précises sur lesquelles on doit se baser pour porter un diagnostic et prescrire un traitement.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Une nouvelle fonction glandulaire des cellules fixes du tissu conjonctif : la fonction rhagiocrine, par M. le Prof RENAULT (de Lyon). Le premier point mis en lumière par les recherches de M. le professeur Renault, c'est que les cellules propres (ou fixes, comme on les appelle) du tissu conjonctif, sont douées de propriétés glandulaires qu'on ne connaissait pas auparavant. Certaines d'entre elles chez l'adulte, toutes chez les animaux encore en voie active de croissance, secrétent des grains particuliers, tout à fait comparables aux grains de proferment élaborés par les cellules pancréatiques par exemple, ou bien encore par celles des glandes salivaires séreuses. Chacun de ces grains se développe, s'accroît et murit au sein d'une vésicule du corps cellulaire de la cellule connective. Vésicule et grain forment un ensemble comparable à celui fourni par une petite graine de raisin : d'où le nom de « rhagiocrines », donné par M. Renaut à ces cellules connectives exerçant, en même temps, une intense activité glandulaire.

Dans le tissu conjonctif des animaux jeunes, dont la croissance n'est pas achevée, toutes les cellules fixes du tissu, sans aucune exception, sont douées d'une intense activité sécrétoire. Le tissu conjonctif tout entier, dont la partie active est représentée par l'immense réseau de ses cellules fixes, devient une véritable glande rétiforme, dont les expansions vont partout, dans les interstices interorganiques, fournir aux éléments fixes des organes et à toutes les formations de support une sécrétion interne très probablement de haute importance. Quand la croissance est parvenue à son terme définitif, le pouvoir glandulaire des cellules connectives fixes s'atténue puis finit par disparaître mais la moindre irritation, même totalement aseptique, le réveille alors, le restitue et le fait reparaître aussi actif qu'il l'était au début de l'évolution de croissance.

Le matériel sécrété par les cellules connectives rhagiocrines est certainement en rapport avec la croissance de la trame connective, car la sécrétion dure jusqu'à ce que tous les éléments de cette trame se soient formés et qu'à ce point de vue le tissu conjonctif soit devenu tout à fait adulte. Il est extrêmement probable qu'il ne possède pas cette seule fonctionnalité. Si, en effet, les cellules connectives sont essentiellement des *bâtisseuses* de tissu de charpente, elles sont, d'autre part, les *balayeuses* et les liquidatrices le plus actives des espaces interorganiques. Globules rouges du sang tombés dans ces espaces, petits corps étrangers transformables ou non, voire les leucocytes polynucléaires éosinophiles ou pseudo-éosinophiles : elles phagocytent tout. Elles gardent cette propriété phagocytaire même très longtemps après qu'elles ont pris la signification de cellules fixes du tissu conjonctif. Tous ces faits jettent d'ores et déjà une grande lumière sur une série de processus morbides, en particulier sur l'origine des scléroses, mais surtout sur le mécanisme des actes complexes, d'importance majeure et cependant jusqu'ici à peine entrevue, qui se passent dans le milieu conjonctif et sont dus à l'activité individuelle de ses éléments propres, absoluments distincte de celle des leucocytes. Ces sont les cellules connectives rhagiocrines, libres à l'origine et dont on trouve toujours chez l'adulte un grand nombre restées telles dans le liquide des séreuses, qui sont les agents de ces actes interstitiels. Pour y prendre part, elles se mobilisent et parviennent facilement aux points où elles doivent se fixer et agir. Elles s'y portent par leurs mouvements amiboïdes propres, et non, de façon générale, par les voies de la circulation. Ce sont des cellules essentiellement interstitielles.

Deuxième Congrès international d'hygiène scolaire, tenu à Londres (5-10 août 1907). — Le succès du Congrès international, tenu à Nuremberg en 1904, a fait décider qu'on organiserait tous les trois ans pareille réunion. La prochaine aura lieu à Londres, du 5 au 10 août 1907. Etant donné d'une part la façon dont les Anglais savent recevoir, et d'autre part la notoriété de Sir Lauder Brunton, président de ce Congrès, sa réussite est d'ores et déjà assurée.

Le Comité anglais d'organisation est ainsi composé :

Président : Sir Edward Brabrook.

Trésorier : Sir Richard Bidulph Martin.

Secrétaires généraux : MM. James Kerr et E. White Wallis.

Bureaux : Parkes Museum, Margaret str. W.

Le premier soin du Bureau a été de solliciter la création de comités nationaux étrangers.

Le Comité français est ainsi formé :

COMITÉ DE PATRONAGE. — *Président d'honneur* : M. Bienvenu-Martin, ancien ministre de l'Instruction publique.

Membres : MM. Chaumié, ancien ministre de la Justice, et de l'Instruction publique; Ribot, député, ancien ministre; G. Leygues, ministre des colonies; Léon Bourgeois, sénateur, ministre des Affaires étrangères; Poincaré, ministre des Finances ; Pierre Baudin, député, ancien ministre; Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris; E. Lavisse, de l'Académie française, directeur de l'École normale supérieure; Rabier, directeur de l'enseignement secondaire au ministère de l'Instruction publique; Gasquet, directeur de l'enseignement primaire; G. Lanson, professeur à la Faculté des lettres de Paris; Frank-Puaux, membre du Conseil d'Administration de l'École alsacienne ; Jules Gautier, inspecteur général de l'Instruction publique; le professeur Debove, doyen de la Faculté de médecine ; le professeur Bouchard, membre de l'Institut ; le professeur Brouardel, membre de l'Institut; les professeurs Chantemesse, Grancher, Hutinel, Landouzy, Pinard, Pozzi, de la Faculté de médecine de Paris; le professeur J. Courmont, de la Faculté de médecine de Lyon; le professeur de Nabias, de la Faculté de médecine de Bordeaux.

COMITÉ FRANÇAIS CENTRAL D'ACTION. — *Président* : M. le Dr Albert Mathieu, président de la Ligue des Médecins et des Familles, pour l'hygiène scolaire.

Vice-présidents : MM. X. Léon, directeur de la *Revue de métaphysique et de morale* ; Bougier, professeur au Collège Rollin.

Membres : MM. Créhange, Normand et Malapert, professeurs de l'Université; Gory, docteur ès lettres, chef d'institution ; les Drs Le Gendre, Méry, A. Siredey et Mosny, médecins des hôpitaux de Paris; le Dr Blondel, directeur du Bureau des renseignements à la Sorbonne; le Dr Galtier-Boissière, du Musée pédagogique ; le Dr Granjux, secrétaire général du Syndicat de la presse médicale; le Dr L. Gourichon, président de la Société des médecins inspecteurs des écoles de la ville de Paris.

Secrétaire général : M. le Dr Dinet, 11 *bis*, rue Cernuschi.

Trésorier : M. le Dr J.-Ch. Roux, 46, rue de Grenelle.

Nota. — Les adhésions sont reçues au Bureau des renseignements de l'Université, à la Sorbonne (galerie des *Sciences*).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des Affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr **F. Lagrange.**

volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley,**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 volume in-8°..... 5 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES TRAITEMENTS ACTUELS DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Par le Dr Paul Sainton,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Faire le bilan de toutes les méthodes qui ont été préconisées dans le traitement du goitre exophtalmique serait vraiment fastidieux et inutile ; car il n'est point de maladie dans laquelle on ait essayé de traitements aussi opposés et aussi disparates. Les uns ont conseillé les toniques, les autres les sédatifs nerveux tels que la valériane, la belladone et le bromure, des médicaments cardiaques tels que la digitale. Parmi les médications en faveur, il faut signaler le salicylate de soude préconisé par Chibret et Babinski, à la dose de cinq grammes par jour, le sulfate de quinine que vantent Lancereaux et Paulesco.

La plupart des médecins, incertains entre des procédés thérapeutiques douteux, préfèrent un traitement hygiénique, s'efforçant d'atténuer les symptômes sans s'attaquer à la cause directe du mal. Ils mettent les sujets au repos absolu, comme dans la cure classique de la neurasthénie, voire même ils les isolent de leur entourage, évitant ainsi toute excitation ; ils conseillent le séjour dans un climat sédatif, de préférence dans la montagne et y adjoignent l'hydrothérapie tiède ou froide suivant la résistance du malade ; s'ils n'ont pas guéri l'affection, ils ont tout au moins évité de nuire ou d'aggraver la maladie.

Cette expectative plus ou moins déguisée n'est qu'une défaite, elle semble indiquer que l'on se trouve vraiment désarmé en présence de cette maladie. Les observations d'améliorations publiées par les divers auteurs sont considérées par les sceptiques comme douteuses, parce que, objectent-ils, la maladie de Basedow est sujette à des accalmies, qu'elle est susceptible de guérir spontanément et qu'il peut s'exercer une action suggestive, chez les sujets à organisme d'une impressionnabilité excessive. Ces objections ont quelque valeur, mais elles ne s'appliquent pas à l'immense majorité des cas. Il semble évident que le goitre exophtalmique est un syndrome relevant de causes diverses ; il est incontestable que l'hystérie, avec laquelle il est si souvent associé, peut revendiquer quelques-uns des cas, mais non tous. Lorsque l'on voit la tétrade symptomatique du basedowisme apparaître instantanément en quelques secondes, sous l'influence d'une frayeur, il est inutile de nier l'origine hystérique de certains goitres exophtalmiques. Mais il n'en est pas moins vrai que les cas dans lesquels la manifestation symptomatologique typique apparaît lentement sont la règle, qu'il y ait ou non goitre antérieur. Au milieu des con-

tradictions, des incertitudes, des tâtonnements thérapeutiques, il nous semble qu'il persiste une idée directrice qu'il y à lieu de mettre en lumière.

Parmi les moyens récents employés, deux peuvent être jugés actuellement, c'est l'opothérapie thyroïdienne et la section du sympathique cervical. La première n'a donné que des déboires et est abandonnée même de ses promoteurs; la seconde a donné des résultats brillants pour la suppression de l'exophtalmie, mais son action bienfaisante s'est bornée à ce symptôme, les autres termes de la tétrade exophtalmique n'ont guère été modifiés : elle constitue une méthode palliative mais non curative.

Avant de passer à l'étude des procédés qui cherchent à atteindre la maladie dans son mécanisme même, il n'est point permis de passer sous silence une méthode qui a soulagé et même guéri, au dire de Joffroy, de Vigouroux, un certain nombre de malades et qui est toujours en usage et en faveur, c'est le traitement électrique.

Préconisé par Remak, Eulenburg et Erb, il a été employé sous plusieurs formes : faradisation, galvanisation, faradogalvanisation, voltaïsation sinusoïdale.

Vigouroux emploie la faradisation carotidienne; il place une électrode indifférente de 7 à 8 centimètres de large sur 12 à 15 centimètres à la nuque; son pôle actif ou négatif est un tampon en olive, que l'on place en dedans du muscle sterno-mastoïdien au niveau de l'angle de la mâchoire; on le promène de cet endroit jusqu'au milieu du sterno-mastoïdien pendant une minute, puis dans la région carotidienne du côté opposé. Ce pôle actif est ensuite transporté au niveau du rebord orbitaire externe sur les paupières et sur le pourtour de l'orbite en évitant les nerfs sus et sous-orbitaires, pendant une ou deux minutes pour chaque œil. Le tampon olivaire est alors remplacé par une électrode plate de 3 à 4 centimètres, que l'on place au niveau de la tumeur thyroïdienne pendant cinq minutes environ. La durée totale de l'opération est de douze minutes pour chaque séance, le traitement est continué pendant six mois à un an.

Le courant galvanique considéré comme plus actif sur la sécrétion glandulaire a donné des résultats satisfaisants entre les mains de nombreux opérateurs, Déléage, Sollier, Régnier, Crocq, Leduc, Libotte, Lamari et Bordier (thèse de Durand, Lyon 1902). Le manuel opératoire varie un peu suivant les auteurs; en général on applique l'électrode négative sur le corps thyroïde et l'électrode positive au niveau de la nuque, l'intensité est portée à des chiffres variant entre 25 milliampères et 60 milliampères; Guilloz imbibe son électrode thyroïdienne d'une solution d'iodure de potassium. Ce mode de traitement paraît agir surtout sur le goitre et la tachycardie, l'exophtalmie résiste plus longtemps.

Laquerrière et Delherm combinent la faradisation et la galvanisation. La surface thyroïdienne est recouverte par une large plaque placée en avant du cou, une électrode positive de 150 centimètres carrés est mise à la nuque. L'intensité est portée à 15 et 30 milliampères et la bobine faradique est poussée jusqu'à ce qu'on atteigne le maximum de tolérance. De l'aveu même des auteurs les résultats sont très variables; chez certains sujets une amélioration marquée survient en deux ou trois mois, on observe alors la diminution progressive de l'irritabilité générale, l'atténuation des crises de transpiration, de l'oppression et la diarrhée, puis la diminution du goitre. Plus tardive est la régression du tremblement et de la tachycardie.

Plus récemment Thiellée préfère la voltaïsation sinusoïdale en plaçant le malade dans un bain d'eau et en électrisant la surface du corps; ses résultats ont été rapides et durables.

Comment peut-on expliquer cette action de l'électricité sur les basedowiens ? Toutes les théories que l'on a proposées sont peu satisfaisantes ; a-t-elle une action purement suggestive? Le fait est possible dans un certain nombre de cas. Il n'en est pas moins prouvé que les traitements électriques accelèrent les échanges des basedowiens: comment peut-on concilier cette constatation avec le fait que les basedowiens ont une nutrition plus accélérée que les individus normaux? La seule explication plausible est que cette méthode favorise l'élimination rapide des toxines thyroïdiennes.

Nous arrivons maintenant à l'étude des procédés qui s'attaquent directement au processus pathologique; ceux-ci sont au nombre de quatre : l'intervention chirurgicale sur la glande elle-même, l'exposition aux rayons Rœntgen, l'emploi de produits provenant d'animaux éthyroïdés, l'opothérapie par le thymus et d'autres glandes dont les rapports avec le corps thyroïde sont plus ou moins établis.

Les premières tentatives sur la glande thyroïde ont été timides, les injections de solution iodée ou iodo-iodurée ont donné quelques résultats entre les mains de Duguet (et nous-même avons pu constater la guérison d'une de ces malades), de Verneuil, de Terrillon et de Sébileau. Pitres préfère les injections d'éther iodoformé. La disparition des dangers, due à la pratique de l'asepsie, amena bientôt les chirurgiens à pratiquer la thyroïdectomie partielle. Cette opération à des partisans enthousiastes. Allen Staor sur 190 cas observe 74 guérisons. Buchan proclame sur 80 cas 51 résultats satisfaisants, Briner 24 succes sur 29 cas, Heydenreich 82 guérisons p. 100. Malheureusement les issues mortelles pendant l'intervention ou très peu de temps après ont été fréquentes et Wriesinger, dans une discussion à la Société de médecine de Hambourg proclame que la thyroïdectomie ne donne que des améliorations et qu'elle est mortelle dans 10 p. 100 des cas. Friedsheim (34e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1905) essaie de réhabiliter la thyroïdectomie partielle ; il propose à l'exemple de Kocher de faire l'extirpation progressive en plusieurs séances. Pour lui, le point capital est de savoir quelle quantité de la glande il faut enlever. Les résultats qu'il a obtenus sont les suivants : sur 20 malades 14 ont eu une guérison durable, 5 une amelioration sensible, 1 est mort d'accidents tétaniques. Des statistiques diverses qui viennent d'être citées, il faut conclure que si le traitement chirurgical a donné des succès, il fait courir aux opérés des chances de mort assez grandes. Le fait est à considérer quand il s'agit d'une maladie qui, dans l'immense majorité des cas, ne compromet pas l'existence des sujets qui en sont atteints.

Depuis la découverte des rayons Rœntgen, nombre d'auteurs ont eu recours à la radiothérapie dans le but d'agir sur le goitre et par suite sur le syndrome qui l'accompagne. Les plus importants sont ceux de Beck (*Berlin. Klin. Wochenschrift*,, 15 mai 1905) et de Stegmann (*Wiener. Klin. Wochenschrift*, 18 janvier 1906). Le premier auteur emploie les rayons Rœntgen de diverses façons: s'il s'agit de formes légères de maladie de Basedow il recommande l'association du traitement général avec l'emploi énergique des rayons Rœntgen : dans les cas plus sévères il conviendra de pratiquer l'extirpation d'une moitié de la glande thyroïde pour procéder à la radiothérapie aussitôt que la plaie est cicatrisée. Dans les cas très graves, les rayons Rœntgen seront employés d'abord, avant d'intervenir chirurgicalement. Stegmann se borne à faire des séances de radiothérapie d'une douzaine de minutes tous les quatre à sept jours et observe la régression complète du goitre exophtalmique.

Abbe (*Archives of the Rœntgen Rays*, mars 1905) incise la tumeur thyroïdienne, y insère un tube de radium pendant vingt-quatre heures, observe au bout de quelques semaines une réduction de son volume, mais il avoue que la tachycardie persiste. Ces tentatives intéressantes demandent à être renouvelées, elles ont sur le traitement chirurgical proprement dit l'avantage de n'exposer le malade à aucun accident grave ; une exposition prudente aux rayons Rœntgen variant entre cinq et dix minutes ne fera courir aux sujets que le risque de brûlures, de plus en plus rares entre les mains des opérateurs expérimentés.

Les méthodes qui viennent d'être étudiées sont, à proprement parler, des méthodes anatomiques ; il nous reste à passer en revue les méthodes basées sur des principes physiologiques. Elles peuvent être classées en deux catégories, les unes s'efforcent de neutraliser la sécrétion thyroïdienne exagérée en introduisant dans l'organisme les humeurs d'animaux privés de corps thyroïde, en d'autres termes rendus myxœdémateux. Les autres emploient des extraits d'organes à rôle antagoniste à celui du corps thyroïde.

Le traitement du goître exophtalmique par les humeurs d'animaux éthyroïdés a fait l'objet de nombreux travaux. Ballet et Enriquez ont injecté le sérum de chiens éthyroïdés à neuf basedowiens ; ceux-ci furent améliorés d'une façon générale, mais les expérimentateurs se heurtèrent à des difficultés pratiques considérables qui leur firent abandonner ce mode de traitement. L'originalité de Mœbius fut de songer à faire ingérer aux malades le sérum de moutons éthyroïdés ; chez trois de ses malades, le résultat fut remarquable. Depuis von Schulies, Blumenthal et von Burghart employèrent ce mode de traitement et obtinrent des améliorations. Les observations se multiplièrent ainsi qu'en témoignent les cas de Josionek, Boerma, Hempel, Peters, Leimbach, Dürig, Sidney, Kühn, Morré, Alexander, Eulenburg, Leyden, etc., Hallion préfère au sérum le sang des animaux éthyroïdés croyant à une action plus sûre et à une administration plus facile. Comme nous l'avions déjà soutenu dans notre travail avec Pisante, l'action du sérum nous a paru toujours très supérieure à celle du sang. Nos premières tentatives étaient timides ; les doses employées étaient de cinq à vingt gouttes ; mais de nouveaux cas observés nous ont amené à employer des doses plus fortes. Crouzon a cité une observation où il avait été employé jusqu'à quatre-vingts gouttes *pro die*.

Si nous résumons les résultats personnels (1) que nous avons obtenus, nous pouvons considérer trois de nos malades comme *absolument* guéris, la tétrade symptomatique a disparu ; trois autres malades ont été considérablement améliorés ; chez deux autres en traitement les symptômes sont en voie de diminution. Le mode d'administration du sérum d'animaux éthyroïdés étant encore peu connu, nous donnerons ici le résumé de notre expérience personnelle. Le sérum nous paraît devoir être préféré au sang, il est plus actif sous un petit volume, il est moins répugnant pour les malades ; enfin l'utilité du sang total nous paraît discutable, en raison des idées physiologiques qui ont cours sur l'origine des sérums.

L'espèce animale qui fournit le sérum ne nous paraît pas indifférente ; nos résultats positifs ont toujours été obtenus avec le sérum de mouton. Il est recueilli chez des animaux adultes, à qui l'on pratique la thyroïdectomie totale à l'âge de deux ans au moins, de cinq ans au plus ; les glandes parathyroïdes sont laissées en place. La première saignée est

(1) Nous nous proposons de publier *in extenso* l'observation des cas traités par nous par l'antithyréoïdine ou sérum de moutons éthyroïdés.

pratiquée à la jugulaire de 3 à 4 semaines après l'opération, le sérum est filtré à la bougie de Berkefeld, sa stérilité est éprouvée. Il ne semble point que l'addition de substances antiseptiques telles que l'acide phénique nuise à son activité.

La dose à employer variera entre 2 gr. 50 à 3 grammes tous les deux jours suivant les sujets : le sérum est ingéré soit dans de l'eau, soit dans un peu de malaga. Le traitement est continué sans interruption au début, pendant trois semaines à un mois. On peut alors le suspendre pendant une semaine, et le continuer pendant quinze jours du mois. Son action peut se faire sentir assez rapidement et se traduit par une diminution de la fréquence du pouls; ce n'est que plus tard que la tumeur thyroïdienne, l'exophtalmie et le tremblement disparaissent progressivement. La durée de ce traitement est impossible à fixer, elle nous semble varier entre six mois et un an, y compris les périodes de suspension. On peut, si les sujets sont heureusement influencés, augmenter progressivement les intervalles de repos. Alors que les malades sont complètement rétablis, il est indiqué de leur prescrire une cure ou deux de sérum de quinze jours pendant l'année qui suit la guérison.

D'autres auteurs, Otto Länz, Burghart et Blumenthal, Gœbel, Christensen, Mœbius, ont employé le lait de chèvres, auxquelles on avait extirpé le corps thyroïde; la dose est d'environ un demi-litre par jour. Les résultats observés ont été satisfaisants, mais inférieurs à ceux qui ont été obtenus à la suite de l'ingestion de sérum. Dans le même ordre d'idées, Mœbius a pensé que si la chaleur n'altérait pas le principe actif, on pouvait employer la poudre de viande desséchée d'animaux éthyroïdés; mais son activité paraît nulle dans ces conditions. De même le sérum desséché a paru moins actif que le sérum liquide.

Parmi les autres modes de traitement du goître exophtalmique qui sont encore à l'étude, il faut citer l'opothérapie par le thymus; cet organe, dit Brissaud, « à tort ou à raison, passe pour l'antagoniste du corps thyroïde ». La première expérience en fut faite par hasard par Owen, qui, croyant donner de la glande thyroïde à une malade, constata une amélioration rapide qui le frappa par contraste avec les insuccès qu'il avait observés jusque-là; il s'aperçut en examinant de plus près le produit absorbé par son malade, qu'il s'agissait de thymus, et non de tissu thyroïdien. Depuis, Cuningham, Eder, Boisvert, Blondel, Mickulicz ont eu des cas heureux; Taty et Guérin n'ont obtenu qu'un demi-succès. D'après Blondel l'amélioration serait constante et très rapide: il administre le thymus de mouton à raison d'une glande prise en deux fois par jour. Nous ne citerons que pour mémoire les essais opothérapiques faits avec des glandes qui passent pour avoir des connexions physiologiques plus ou moins vagues avec la glande thyroïde, c'est ainsi que les extraits ovarien et orchitique ont donné des succès dans quelques cas.

Si l'on parcourt cet exposé des méthodes employées actuellement dans la maladie de Basedow, on est frappé de la préférence donnée de plus en plus à celles qui s'attaquent au corps thyroïde et ont pour but la diminution de la sécrétion thyroïdienne et sa neutralisation. Qu'il s'agisse en effet de thyroïdectomie partielle, les chirurgiens se préoccupent de la quantité de glande à enlever et n'hésitent pas à pratiquer plusieurs opérations successives; qu'il s'agisse de radiothérapie simple ou combinée à l'intervention chirurgicale, le procédé est différent, mais le résultat est toujours le même: il consiste dans la diminution de la sécrétion glandulaire. S'il s'agit de produits d'animaux éthyroïdés,

sérum, sang, lait, c'est la neutralisation de l'hypersécrétion thyroïdienne, par suite la diminution de l'activité fonctionnelle de la sécrétion interne ; comment cette neutralisation temporaire agit-elle à titre définitif? Est-ce par une sorte d'accoutumance ou d'entraînement glandulaire ? Le mécanisme intime n'en est point encore établi. Enfin, qu'il s'agisse d'opothérapie thymique, l'organe employé l'est à titre de neutralisant du poison thyroïdien. Toutes ces méthodes qui comprennent de nombreux succès donnent un fondement de plus à la doctrine de l'hyperthyroïdation émise à peu près en même temps par Gauthier (de Charolles) et par Mœbus. Elle est la confirmation éclatante des expériences faites par Ballet et Enriquez sur l'hyperthyroïdation expérimentale des chiens et de la véritable expérience clinique faite chez la malade de Béclère, myxœdémateuse qui prenant par erreur en une fois huit lobes de corps thyroïde de mouton fut prise du tableau classique de la maladie de Basedow.

Doit-on généraliser et conclure que le goitre exophtalmique est toujours dû à une hyperactivité de la fonction thyroïdienne ? La question nous semble devoir être réservée, car tous les malades ne réagissent pas également à une méthode donnée et l'on est étonné d'avoir des résultats inégaux en présence des syndromes cliniques nous paraissant identiques.

QUELQUES REMARQUES SUR LE TRAITEMENT HYDRO-MINÉRAL DE LA LITHIASE BILIAIRE.

Par le Dr G. Linossier (de Vichy).

Professeur agrégé à la Faculté de Lyon, Membre correspondant de l'Académie de médecine.

Les remarques que je veux développer ici n'ont pas trait au choix de la station vers laquelle doit être dirigé un lithiasique, mais bien à l'évolution que les recherches de ces vingt dernières années ont provoquée dans nos idées sur le traitement de la lithiase en général, et aux modifications qui en sont résultées dans l'application du traitement thermal.

Il y a un demi-siècle, les médecins de Vichy avaient l'illusion que l'eau minérale exerçait sur les calculs biliaires une action dissolvante. On avait cru remarquer que les calculs éliminés au cours de la cure présentaient des signes manifestes d'altération de leurs arêtes et de leurs faces, une sorte d'usure que l'on avait naturellement attribuée à l'action de l'eau minérale ingérée. L'observation était exacte, mais cette apparence d'usure, parfois de fragmentation des calculs, est fréquente même en dehors des stations thermales. Les calculs à l'état frais sont beaucoup plus friables que nous ne les voyons à l'état desséché. Tous les chirurgiens ont noté cette friabilité remarquable, et l'ont même utilisée, en broyant par une simple pression digitale des calculs trop gros pour pouvoir progresser à travers les voies biliaires. Ces calculs s'effritent assez facilement soit dans les voies biliaires soit dans l'intestin, et cet effritement est une des cause pour lesquelles

on trouve si rarement des calculs dans les selles après des coliques hépatiques. L'eau minérale, qui est d'ailleurs sans action dissolvante *in vitro* sur la cholestérine, n'est donc pour rien dans cette dissociation, et le traitement *litholytique* de la lithiase biliaire n'est pas plus facilement réalisable dans les stations thermales que par les procédés pharmaceutiques. A l'interprétation litholytique de l'action de l'eau de Vichy a correspondu naturellement un mode particulier de traitement : usage de grosses doses d'eau, pour réaliser une dissolution énergique, bains minéraux quotidiens et prolongés pour accentuer encore, pensait-on, l'alcalinisation de l'organisme.

Quand il fut bien constaté que l'eau de Vichy est tout à fait incapable de dissoudre les calculs biliaires, on expliqua ses bons effets en supposant qu'elle facilitait leur expulsion par les voies naturelles. Il est incontestable en effet que le traitement de Vichy peut provoquer des crises de coliques hépatiques. L'expulsion des calculs, grâce aux crises provoquées, parut dès lors le but de la cure, et le traitement fut organisé en conséquence. On utilisa presque exclusivement la source qui parut la plus apte à provoquer des phénomènes douloureux, la Grande-Grille, et, quand ces phénomènes tardèrent à paraître, on augmenta la dose jusqu'au maximum que pouvaient tolérer les organes digestifs du sujet. En même temps, on renonça presque au bien vieil usage des bains, dont les effets calmants parurent plutôt nuisibles au but poursuivi, et la douche froide ou tiède leur fut peu à peu substituée. De régime, il n'était guère question, et, sauf le traditionnel usage de la carotte à la Vichy, légume jaune opposée par un préjugé populaire à une maladie dont la jaunisse est un symptôme fréquent, les recommandations médicales à ce sujet se réduisaient à peu près à zéro. On laissait les malades manger à leur faim, et, comme les eaux de Vichy donnent en général un appétit féroce, la polyphagie agissait, par une action cholagogue énergique, dans le même sens que la cure pour provoquer des crises. De fait, les malades étaient très déçus quand ils quittaient la station sans avoir souffert, et leur joie était grande quand ils pouvaient en emporter quelques calculs dans une petite boîte. C'est le moment où l'on vit une station rivale de Vichy publier comme réclame la photographie d'un énorme calcul éliminé par l'influence de ses eaux. Le calcul était à coup sûr trop volumineux pour avoir été éliminé par le cholédoque; il avait dû pénétrer dans l'intestin par une fistule cholédoco-intestinale, et c'était d'un accident grave provoqué par le traitement que ladite station croyait de bonne foi pouvoir se faire une réclame!

Peu à peu cependant, le sens clinique, l'observation amenèrent une réaction contre les excès de la cure expultrice. On s'aperçut que cette cure pouvait être dangereuse. Les crises provoquées au cours d'une saison se prolongeaient parfois longtemps après, entraînant exceptionnellement des accidents graves. On se rendit compte que les cures silencieuses sont souvent suivies d'excellents résultats, et qu'on pouvait réaliser en somme des guérisons stables sans les faire acheter au prix de souffrances aiguës. Et, peu à peu, au fur et à mesure que se modifiaient les opinions médicales, on voyait se transformer le mode d'application du traitement. A la source de la Grande-Grille, la plus « remuante » des sources de Vichy, on substitua insensiblement la source infiniment moins perturbatrice de l'Hôpital. Les doses s'abaissèrent presque de moitié. Enfin on vit le bain revenir en faveur. Je crains même, je l'avoue, que la modération des doses ne soit à l'heure actuelle parfois un peu excessive, et que la timidité thérapeutique n'aboutisse à l'inefficacité.

Cette réserve faite, que devons-nous penser de la thérapeutique actuelle? Quels sont ses résultats, et, en réalité, à quoi aboutit-elle, si elle ne peut ni dissoudre ni éliminer les calculs ?

Eh bien, j'estime que la thérapeutique actuelle est bien orientée. Les recherches récentes ont mis en pleine lumière un certain nombre de faits fondamentaux qui dominent toute la question du traitement, et que je demande à résumer très brièvement ici :

1° La production des calculs est le résultat d'une infection biliaire atténuée ; cette infection est le plus généralement unique dans la vie du lithiasique, et à peu près toujours absolument silencieuse.

2° Le sujet, qui a subi cette infection, et qui porte une vésicule calculeuse, a beaucoup de chances de n'en éprouver jamais aucun malaise. (D'après Charcot, un quart des adultes a des pierres dans sa vésicule; d'après Naunyn, ce serait un dixième seulement.)

3° Les lithiasiques, par le fait de la stagnation biliaire qui résulte de la présence des calculs dans la vésicule, sont particulièrement exposés à l'infection ascendante de celle-ci, et ce sont des infections paroxystiques, qui se traduisent par le syndrome habituel de la colique hépatique. Tantôt l'infection, rendant la vésicule intolérante, provoque l'engagement dans le cystique, et la migration d'un calcul; tantôt (et cette éventualité paraît la plus fréquente) l'accès douloureux n'a pour cause que la cholécystite, ou la péricholécystite sans migration calculeuse.

4° Les migrations calculeuses n'amènent qu'exceptionnellement la guérison de la lithiase biliaire. L'évacuation complète d'une vésicule pleine de pierres, souvent trop grosses pour franchir les voies biliaires, est dans bien des cas irréalisable. Par contre les migrations calculeuses sont la cause de la plupart des accidents graves de la lithiase biliaire (cholécystites, péricholécystites, angiocholites, fistules diverses, perforation, etc.)

La conclusion de ces faits, c'est que la vie peut être très tolérable malgré la présence de calculs dans la vésicule, si l'infection ne vient pas compliquer la lithiase; que, en présence d'un malade qui souffre de coliques hépatiques, il est inutile, pour obtenir sa guérison clinique, de poursuivre l'élimination complète de ses cholélithes. Il suffit d'éteindre l'infection, et de rendre la vésicule tolérante. Or c'est précisément ce que réalise la cure hydrominérale, telle que l'expérience clinique a appris à la plupart des médecins à la prescrire. Elle ramène le malade, ainsi que je l'ai dit dans un autre travail (1), à l'état des quelques millions de Français, qui portent sans s'en douter toute leur vie des vésicules calculeuses. Elle doit s'allier pour cela à une hygiène spéciale, à un régime peu excitant des fonctions biliaires.

Il arrivera que, avec le désir de réaliser la cure d'« apaisement » de la lithiase, on aboutira, chez des sujets à vésicule particulièrement irritable, à des crises avec éliminations calculeuses suivies de guérison complète. Les heureux résultats obtenus dans ces cas ne doivent pas nous encourager à chercher à provoquer la crise par des moyens de violence. Il ne faut pas oublier que les crises ne sont pas sans danger au point de vue de l'évolution ultérieure de la lithiase, et que les crises provoquées ont des chances d'être plus graves que les crises spontanées. Elles risquent davantage d'amener l'engagement

(1) Des indications de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, mars 1906.

dans le cystique d'un calcul incapable par son volume de parcourir les voies biliaires dans toute leur étendue.

Il n'y a d'ailleurs rien d'absolu en médecine. Chez certains malades, à lithiase biliaire récente, qui éliminent facilement dans leurs crises des calculs petits, mous, de dimensions très semblables, on peut moins redouter une colique hépatique dont le résultat a toutes chances d'être favorable.

Il est encore un cas où l'on est autorisé à tenter une cure expultrice : c'est dans le cas de lithiase du cholédoque sans phénomènes infectieux cliniquement constatables, mais avec ictère persistant. On essaiera d'abord de décongestionner la muqueuse par un traitement aussi calmant que possible. Très souvent le calcul (au début du moins de l'obstruction, car il grossit vite sur place) est de dimension assez faible pour franchir facilement le sphincter d'Oddi. Ce qui le retient dans le cholédoque c'est le gonflement inflammatoire de la muqueuse qui l'enserre, et, quand ce gonflement disparaît, le calcul tombe dans l'intestin, le plus souvent sans douleur. Si cet heureux résultat ne se produit pas, on peut tenter d'accentuer le traitement pour provoquer une réaction expultrice des voies biliaires. Les conditions sont en effet beaucoup plus favorables que quand il s'agit de lithiase vésiculaire. Le calcul est le plus souvent unique, il n'a pas à parcourir le trajet sinueux, coupé de valvules, que représente le cystique, mais seulement à franchir le sphincter contre lequel il est fréquemment appuyé. Enfin, comme je viens de le dire, au début du moins des accidents, il est de volume modéré, puisqu'il a pu franchir le cystique. Enfin, si l'évacuation provoquée par la cure a des inconvénients, il faut songer que l'absence d'évacuation a pour résultat inévitable une intervention chirurgicale sérieuse.

Mais, sauf quelques cas particuliers, il faut se rappeler que la cure thermale, à Vichy du moins, est essentiellement une cure d'apaisement de la lithiase. Il est intéressant de voir que l'expérience clinique avait conduit insensiblement les médecins de la station à la réaliser, en modifiant leurs pratiques traditionnelles, avant même que les recherches récentes aient orienté dans la même voie la thérapeutique de la cholélithiase en dehors des stations thermales.

SÉROTHÉRAPIE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Par le Dr M. Josias,

Médecin de l'hôpital Trousseau, Membre de l'Académie de médecine.

Depuis quatre ans, j'utilise dans mon service de l'hôpital Bretonneau le sérum antityphoïde, que m'a remis M. Chantemesse, pour traiter tous les enfants atteints de fièvre typhoïde.

Avant cette période je me servais exclusivement de la méthode des bains froids et j'avais une statistique de mortalité de 10 à 12 p. 100 (thèse d'Emmanuel Chauveau); depuis que j'ai ajouté l'injection du sérum aux bains, la mortalité par fièvre typhoïde dans mon service est tombée, sur près de 200 malades, à 3,8 p. 100.

Les résultats que j'ai obtenus se rapprochent beaucoup des faits signalés récemment à l'Académie par le Dr Brunon (de Rouen).

Au congrès de Madrid, en 1903, j'avais fait connaître les 50 premiers cas qui avaient donné 2 décès. Depuis, j'ai traité 132 autres cas, et j'ai eu 6 décès, dont un ne peut entrer en ligne de compte puisqu'il s'agissait d'une tuberculose aiguë à forme granulique constatée à l'autopsie.

Les causes de cinq décès ont été : perforation intestinale survenue chez une malade injectée le douzième jour, un cas; méningite suppurée avec présence dans les méninges du bacille d'Elberth, un cas; pneumonie, un cas; laryngite ulcérée avec otite et congestion pulmonaire, un cas; adynamie profonde avec hémorrhagies intestinales multiples, un cas.

Les complications observées ont été les suivantes : hémorrhagie intestinale, 5 fois; otite simple ou double, 5 fois; phlébite guérie, 2 fois; néphrite aiguë constatée au début de la maladie et guérie, une fois; périostite du grand trochanter, une fois.

Les rechutes ont été peu fréquentes et sans gravité. Je les ai notées au 22e, au 26e, au 32e jour après l'injection. Une seule dothiénentérie a eu deux rechutes, au 16e et au 39e jour.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai relaté à Madrid dans ma communication sur l'innocuité du sérum et sur les résultats acquis grâce à son emploi, résultats qui me semblent réels, puisqu'on ne saurait invoquer aujourd'hui pour les expliquer, après une observation prolongée pendant quatre ans, la circonstance d'une simple série heureuse.

Examinons maintenant comparativement la statistique officielle des fièvres typhoïdes dans les hôpitaux d'enfants de Paris, où la sérothérapie n'est pas employée.

Voici quels sont les résultats qui m'ont été transmis par l'administration :

		NOMBRE D'ENFANTS SOIGNÉS POUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE ENTRÉS ET SORTIS DU 1er MARS 1902 AU 1er FÉVRIER 1905	Décès
Hôpitaux :	Enfants-Malades	380	39
	Trousseau	410	55
	Hérold	91	18
	Bretonneau (service du Dr Sevestre)	150	15
	SOIT	1.031	127

Mortalité moyenne 12,6 p. 100.

Comme ma statistique de décès indique un chiffre véritablement minime, et des deux tiers inférieur, d'une part au chiffre de la mortalité typhoïde des autres hôpitaux d'enfants à Paris, et d'autre part au chiffre de la mortalité que j'avais dans mon propre service, à l'époque où je traitais mes malades exclusivement par la méthode de Brand, je me permets de présenter à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Le sérum antityphoïde de Chantemesse, employé comme il convient, est inoffensif;

2° Les enfants atteints de fièvre typhoïde qui sont traités de bonne heure par le sérum et par les bains ont des chances de guérir très supérieures à celles que leur procure la balnéothérapie seule. (*Communication à l'Académie de médecine.*)

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 mars 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

M. Catillon, à propos du procès-verbal, fait remarquer que l'on a tort de se servir d'*extrait aqueux de kola*, au lieu d'extrait hydroalcoolique. L'extrait aqueux a l'avantage de donner des solutions limpides, plus présentables mais bien moins efficaces ; mais le public marque une préférence pour les liquides bien filtrés, et le pharmacien les fournit, bien que ce soit au détriment de l'activité du médicament. La même remarque s'applique au quinquina, et l'orateur conseille, quand on prescrit un extrait alcoolique dans une potion, d'ajouter sur l'ordonnance : ne pas filtrer.

Il ne faudrait pas croire que la noix de kola fraîche soit seule active, la noix sèche contient aussi des principes actifs, c'est leur extraction défectueuse qu'il faut incriminer.

M. Chevalier fait remarquer que, jusqu'ici, on s'est servi, pour extraire des principes actifs de plantes fraîches, de procédés trop brutaux : quand on utilise des méthodes plus délicates et surtout variables suivant les plantes à traiter, on obtient des résultats tout différents et l'on reconnaît alors qu'il y a souvent un écart sensible entre les produits obtenus avec la plante fraîche et ceux obtenus avec des échantillons desséchés.

M. Chopy (de Nemours) envoie une observation concernant une femme ayant reçu quarante injections de 1 gramme de chlorhydrate de quinine, ce qui donne 0,10 gr. d'acide chlorhydrique libre par injection. La malade a été atteinte d'un phlegmon grave et, au cours de l'opération, on a pu reconnaître que dans tous les points où des injections avaient été faites le derme avait subi des escharifications. On ne saurait trop mettre en garde les praticiens contre l'emploi du chlorhydrate de quinine en injections sous-cutanées.

M. Bardet présente un *thermocautère nouveau*, dans lequel l'essence est emmagasinée dans le manche même de l'instrument. Deux tubes de gélatine, renfermant de la sciure de bois d'une myrtacée, capable d'absorber neuf fois son poids d'une substance volatile, sont saturés d'essence de benzine ou d'éther, puis hermétiquement emboîtés l'un dans l'autre. Le cylindre est enfermé dans le manche de l'instrument, puis on le perce à chaque bout et on ferme les deux bouts de l'enveloppe métallique. Un robinet permet de faire agir la soufflerie et on chasse les vapeurs dans la pointe du thermocautère : le bouchon du manche, du côté de la pointe, offre un robinet à deux voies permettant de chasser dans la pointe tantôt de l'essence pure, tantôt un mélange d'air et d'essence : en réglant ce robinet, on obtient à volonté le rouge sombre, le rouge blanc, etc.

La cartouche de gélatine est calculée de façon à permettre l'incandescence du cautère pendant 1 h. 20. Quand on a fini, on ferme hermétiquement l'instrument et l'évaporation ne se fait pas.

Si l'on met de la benzine ou de l'éther au lieu d'essence, l'incandescence est beaucoup plus marquée.

M. Désesquelles présente un sel nouveau, la *théobromine lithique* ou *théobromose*, qui a l'avantage d'être très soluble dans l'eau et d'exercer son action à des doses qui seraient insuffisantes

s'il s'agissait de théobromine ordinaire. La théobromose n'est pas toxique, mais les injections hypodermiques sont très douloureuses. Il est facile de donner le produit par la bouche, et l'action thérapeutique se continue longtemps après suppression du médicament.

Les doses de 0,15 gr. sont aussi actives que celles de théobromine de 0,5 gr. : peut-être vaut-il mieux, pour obtenir un effet diurétique parfait et sans inconvénient, administrer les 0,15 gr. en doses fractionnées au cours de la journée.

On se rappellera que les solutions absorbent l'acide carbonique de l'air : ce dernier forme dans la solution un carbonate de lithine insoluble, aussi ne faut-il pas garder les solutions en réserve, mais les produire au fur et à mesure des besoins.

MM. Weil et Mougeot (de Royat) présentent une note sur l'*action des bains hydro-électriques dans les affections cardio-vasculaires* : ils ont utilisé les courants alternatifs triphasés, et sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° D'une façon constante on constate une diminution notable de la pression artério-capillaire; 2° Trois fois sur quatre une diminution notable de la pression artérielle ; 3° Des modifications constantes dans la forme du tracé du pouls radial qui consistait en une augmentation d'amplitude de l'ondée systolique, une accentuation ou une apparition de l'onde d'élasticité artérielle, une accentuation du dicrotisme; 4° Aucune augmentation d'amplitude du pouls capillaire ; 5° Une diminution des plus nettes de l'aire cardiaque mesurée à l'orthodiagraphe quand le cœur est dilaté.

Ils concluent que le bain à courants triphasés détermine une diminution de la résistance que les vaisseaux artériels opposent à l'ondée sanguine, favorise la déplétion du cœur et peut, par la répétition de son administration, constituer un traitement rationnel de l'hypertension.

M. Le Gendre fait remarquer que les agents physiques sont d'excellents procédés de traitement, mais leur prix de revient prive malheureusement la majorité des malades des bénéfices remarquables qu'ils pourraient en tirer.

La *discussion sur l'action du sérum marin* continue par une communication de M. Bousquet, concernant la modification de toxicité due au mode de stérilisation de l'eau de mer : celle-ci deviendrait toxique quand on remplace la filtration à la bougie par la stérilisation à l'autoclave.

Les expériences de l'orateur démontrent qu'il ne s'effectue, par cette stérilisation, aucune dissociation des ions composant les molécules en dissolution. En outre ces solutions stérilisées n'ont présenté qu'une précipitation minima de substances solides et ont à peine attaqué le verre.

La raison de la toxicité augmentée doit donc être cherchée ailleurs : quant à l'altération du verre, on peut l'éviter en choisissant des verres inattaquables.

M. Robert Simon tient à prouver qu'il ne mérite pas le reproche d'avoir généralisé : il se tient aux seuls effets obtenus chez les athrepsiques, les tuberculeux et les gynalgiques (femmes souffrant de dysménorrhée, de migraines et de constipation). Les résultats défavorables publiés par divers auteurs tiennent à ce qu'ils n'ont pas employé la méthode que l'orateur préconise : si on suit cette dernière, les résultats deviennent concluants. On voit, par exemple, des auteurs employer des doses qui sont de 10 à 33 fois plus faibles que celles recommandées par l'orateur, qui ne se croit pas responsable des échecs subis dans ces conditions. L'orateur a fait plusieurs milliers d'injections et n'a jamais observé d'inconvénients, alors que d'autres signalent des érythèmes après l'injection.

Il n'y a pas lieu aujourd'hui de tirer des conclusions fermes, car l'étude de la question est loin d'être terminée. Mais on constate que tous les malades mangent et dorment mieux, offrent un relèvement frappant de leur vitalité.

M. Barbier demande que l'on précise les indications du traitement de la tuberculose par le sérum marin : dans son service, il a l'intention de soumettre à ce traitement une série d'enfants réfractaires à la cure par le sanatorium, en éliminant tous les sujets améliorés par cette cure, de façon à bien pouvoir préciser l'action de l'eau de mer, si elle existe. En tout cas, dans l'état actuel de la science, on ne saurait envisager un seul sérum curatif de la tuberculose, maladie complexe et très variable suivant le terrain sur lequel elle évolue.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses,

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Un remède contre le choléra, par USSHER (*J. of the Am. Med. Ass.* 3 février, 1906). — Koch avait constaté que la quinine en solution de 1/1000 à 1/2500 détruit les germes cholériques en dix à trente minutes. Ussher s'est servi de ce médicament dans le traitement du choléra et a prescrit 0 gr. 60 de quinine toutes les heures jusqu'à ce que la bile apparût dans les selles; il a ainsi fait prendre de 2 gr. 50 à 4 gr. 80. Tandis qu'avec l'ancien traitement la presque totalité des cas a évolué vers la mort, 90 p. 100 des malades soumis à ce traitement ont guéri, même ceux qui étaient presque moribonds. Voici comment l'auteur procède : le malade prend 0 gr. 60 de quinine jusqu'à ce que les selles riziformes cessent et que la bile apparaisse dans les selles; contre la suppression des urines, il prescrit la chaleur, les frictions, les ventouses sèches, le nitrate d'ammoniaque. On pratique des injections salines lorsque le pouls radial a disparu. Quelques malades ont guéri avec la quinine sans avoir eu besoin d'être soumis aux injections. Parfois on donnait une potion antidiarrhéique si l'irritation intestinale continuait après l'apparition de la bile. Si la diarrhée persistait avec odeur fétide on administrait au malade un mélange par parties égales de sulfophénate de zinc, de calcium et de sodium à des intervalles de deux à quatre heures.

L. JUMON.

Importation de l'anesthésie dans le traitement de l'inflammation, par GUSTAV SPIESS (*Munch. med. Woch.*, 20 février 1906). — L'auteur défend cette opinion qu'on peut prévenir une inflammation, lorsqu'on réussit à empêcher l'apparition de toute douleur. Une inflammation ne se développera pas si l'on peut éliminer par l'anesthésie locale les réflexes qui partent du foyer inflammatoire et parcourent les nerfs sensibles. Une inflammation déjà existante peut guérir rapidement si l'on anesthésie le foyer d'inflammation. L'auteur donne comme exemple la marche tout à fait différente que prend la plaie à la suite de la section des amygdales lorsqu'on la recouvre d'orthoforme. Tandis que si on abandonne la plaie à elle-même, elle présente une violente réaction inflammatoire, très pénible pour l'opéré pendant plusieurs jours; l'anesthésie locale avec la poudre d'orthoforme ou un badigeonnage avec une solution de novocaïne permet à la plaie de guérir sans douleur et sans inflammation. Il en est de même pour toutes les opérations qui se pratiquent sur les lèvres, la bouche, le pharynx, le larynx. Dans les furoncles si douloureux du cou, l'auteur injecte au centre même de la zone enflammée, 1 centimètre cube à 1 centimètre cube et demi d'une solution anesthésique, nirvanine ou novocaïne, et la lésion devient pâle et prend bientôt l'aspect de la peau presque normale, le furoncle a perdu ses caractères douloureux et le malade peut faire sans souffrir des mouvements du cou. L'infiltration rétrocède, et l'abcès ne se produit pas même lorsqu'il existait déjà un abcès au centre ; tout est terminé en deux à cinq jours. Si, au contraire, on ne parvient pas à faire disparaître la douleur, la marche ultérieure n'est pas aussi favorable. Les injections anesthésiques ont donné de même de très bons résultats dans les orgeolets qui n'étaient pas encore abcédés. Après l'injection, l'infiltration et la rougeur disparaissent avec une rapidité extrême. Dans les piqûres de guêpes on arrive à arrêter l'inflammation en frictionnant le canal de la piqûre avec un anesthésique.

Ce n'est certainement pas à des propriétés antiseptiques que les substances anesthésiques doivent cette action antiphlogistique, mais bien

à leur propriété de supprimer la douleur. L'excitation des nerfs sensibles, en effet, détermine une hypérémie par voie réflexe; la suppression de cette excitation empêche alors cette hypérémie ou la fait disparaître.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses,

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Notes cliniques sur le goitre exophtalmique, par G. THOMPSON (*Medical Record*, 10 février 1906). — L'auteur a présenté une étude de plus de quarante cas dont plusieurs ont été traités par le sérum cytotoxique de Roger. Il fait ressortir l'importance de certains symptômes qui témoignent d'un caractère toxique plutôt que neuropathique de la maladie. Dans presque tous les cas sérieux et probablement dans tous ceux qui se terminent par la mort, il y a des exacerbations fébriles, accompagnées de dilatation aiguë du cœur, de bruits de souffle, d'angoisse précordiale, souvent de douleurs gastriques ou abdominales, de diarrhée et de vomissements, de transpiration, d'accès de suffocation, d'insomnie, d'agitation, d'érythème et d'œdème des jambes. Tous les symptômes indiquent nettement l'influence d'une toxémie due à l'hyperthyroïdisme. Les effets du sérum cytotoxique sont de supprimer l'hyperthyroïdisme. Le sérum est préparé avec la thyroïde malade de l'homme, dont on retire un extrait qu'on injecte ensuite à des lapins. Le sérum qui résulte de cette opération contient une cytotoxine et une antitoxine. Thompson a soigné plusieurs cas avec ce sérum avec des améliorations rapides et remarquables, notamment dans deux cas où les malades avaient perdu tout espoir par le traitement ordinaire. Thompson pense que dans beaucoup de cas l'agent qui excite les exacerbations aiguës dans le goitre exophtalmique doit se trouver dans quelque infection intercurrente simple telle qu'une bronchite, une amygdalite aiguë, car dans un grand nombre de cas ces infections intercurrentes ont déterminé des exacerbations aiguës sérieuses.

L. JUMON.

Traitement du rhumatisme aigu par la salicine, par GARLAND (*British med. Journ.*, 24 février 1906). — Depuis vingt-cinq ans, l'auteur a traité tous ses cas de rhumatisme aigu par la salicine, et, parmi les malades affectés pour la première fois dans cette période, il n'a observé que trois pour cent de complications cardiaques de toute nature, soit à l'hôpital, soit dans la pratique privée. Dès le début, il prescrit 1 gramme à 1 gr. 25 de salicine toutes les deux heures jusqu'à amélioration des symptômes; puis il diminue la dose, et lorsque tous les symptômes ont disparu, il cesse l'emploi du médicament en diminuant graduellement les doses et en augmentant les intervalles entre chacune d'elles; le résultat habituel de ce traitement est qu'en deux ou trois jours les symptômes disparaissent presque complètement, tandis que la plupart des cas qu'il a vu traiter par le salicylate se sont compliqués d'endocardite avec lésions valvulaires définitives. La salicine est un tonique, les salicylates sont des dépresseurs. Si l'on admet la théorie qui assigne au rhumatisme une origine microbienne, on peut comprendre les excellents effets produits par la pénétration des tissus par la salicine par suite de son action germicide.

L. JUMON.

Emploi des agents physiques dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 11 mars 1906) — LAQUEUR constate que depuis la généralisation de l'emploi des préparations salicylées, on a la tendance à négliger toute autre médication antirhumatismale dans les cas aigus. L'auteur ne voudrait pas se priver du reste de remèdes aussi actifs, mais il ajoute au traitement interne l'application, sur les articulations atteintes, de bandes de toile imbriquées, auparavant trempées dans l'eau froide et un peu exprimées : on maintient l'humidité des bandes en faisant fréquemment tomber sur elles de l'eau froide goutte à goutte. Ce mode d'application peut être continué pendant plusieurs heures de suite.

L'effet de cette médication est très calmant. Pour appliquer ces bandes, il n'est pas nécessaire de les enrouler autour de l'articulation qui repose immobile sur une toile imperméable. Dans les cas compliqués d'endocardite, on place sur la région précordiale trois fois par jour pendant une heure, un appareil réfrigérant.

Dès que la fièvre a disparu, on supprime les salicylates et l'on donne des bains complets à 35-38°, de dix à vingt minutes de durée : en cas d'endocardite, on ne dépassera pas 37°, et quinze minutes de durée : l'appareil réfrigérant est placé de suite après le bain sur la région précordiale. Comme traitement local, on utilisera l'air surchauffé, l'hyperémie par stase de Bier, etc., ainsi qu'un massage centripète s'adressant aux muscles de la région.

Il arrive parfois que les salicylates échouent, que la fièvre ne cède que momentanément et que les articulations restent gonflées. Dans ces cas, on recourra aux bains chauds comme ci-dessus, avec sudation consécutive obtenue par des enveloppements de linges chauds et secs. Si les douleurs articulaires sont vives, on ajoutera de l'ichthyol à l'eau du bain.

L'auteur est partisan de l'application locale de la chaleur humide dans les processus infectieux; pour lui, l'effet thérapeutique est beaucoup plus énergique qu'avec l'emploi du froid. Il cite la pratique de Hauffe, qui, même en cas de complication cardiaque, traite ses malades atteints de rhumatisme articulaire aigu par des bains à 38°, dont on augmente en vingt minutes, la température à 42 et même 45° : il estime toutefois que cette médication peut offrir quelques dangers, bien que Hauffe n'ait observé aucun accident.

E. VOGT.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT,

Ancien interne des hôpitaux.

Réduction des luxations du pouce avec les ciseaux de Vézien, par M. CAVALIER-BÉNÉZET (*Le Caducée*, 6 janvier 1906). — On a beaucoup écrit sur les diverses variétés de luxation métacarpo-phalangienne en arrière, la plus commune. On sait, à la suite des travaux de Farabeuf, qu'il ne faut pas céder à la tentation toute instinctive de rabattre la phalange luxée, manœuvre simple et qui réussit parfaitement pour les phalangines et phalangettes. Ce qu'il faut, c'est accentuer l'extension et repousser le ligament glénoïdien avec les os sésamoïdes. Il existe pour cela une pince spéciale, celle de Farabeuf, avec ses deux gaines de cuir entre-croisées; cet instrument n'est pas entre toutes les mains, les cuirs cassent parfois, pour peu qu'ils soient anciens. Collin a fait une modification qui peut manquer également, surtout dans les services d'avant-postes et à la campagne. M. Cavalier-Bénézet nous apprend qu'on peut sans infériorité lui substituer les ciseaux de Vézien, ciseaux recourbés, dont les anneaux sont *taillés en biseau* et qui, entre les mains des infirmiers militaires, servent à couper les bottes et les pantalons. Ce moyen est particulièrement recommandable là où le blessé ayant les os courts et les muscles puissants, on rencontre une résistance impossible à vaincre par les manœuvres ordinaires, et même le voit-on réussir là où la pince de Farabeuf a échoué. Ces ciseaux doivent leur efficacité à la conformation particulière de leurs anneaux qui font bonne prise. On voit en effet, sur deux figures jointes à cet article, qu'il suffit d'engager à fond dans l'un des anneaux la phalange luxée. On accentue alors l'extension et l'on tire, en chassant successivement les sésamoïdes par quelques mouvements de latéralité. La réduction n'est pas très douloureuse. Elle peut exiger cependant l'emploi du chloroforme. On fait du massage consécutif et l'on applique, s'il y a lieu, un appareil contentif. Ce procédé, n'est que l'application d'une observation fortuite de son auteur, qui avait remarqué que la prise était bonne sur le pouce et nous semble appelé à rendre des services, car il peut être imité au besoin avec des instruments similaires.

A. BENOIT.

Ulcère gastrique douloureux traité chirurgicalement trois fois (*Nederl. hydschr. poor Geneesk.*, 2 décembre 1905). — L'histoire d'un malade de M. Rotgans nous semble devoir être rapportée, moins pour son propre intérêt, que pour nous édifier sur la tolérance d'un opéré en chirurgie gastrique, lorsqu'il n'est pas épuisé par une maladie cachectisante.

N'ayant pu rien obtenir par le traitement medical chez un homme de cinquante ans qui souffrait de gastralgies extrêmement vives, on se décida à faire une laparotomie. On trouva sur la petite courbure, dans le voisinage du pylore, une tumeur que l'étude du malade ne semblait pas devoir faire considérer comme maligne. On fit donc simplement une gastro-entérostomie en Y pour le soulager et, si possible, le guérir. Deux mois après, les douleurs ne s'étant pas calmées, on dut rouvrir le ventre. A la place de la tumeur pylorique, on trouva un tissu cicatriciel qui occupait la même place. Convaincu qu'on avait affaire à un processus de guérison d'ulcère, mais voyant que ce tissu cicatriciel comprimait le plexus coronaire, le chirurgien en fit l'ablation par une résection partielle de l'estomac, au niveau de la petite courbure. On constata qu'il y avait eu perforation de la paroi par l'ulcère, suivie de guérison par cicatrisation. En cela, la gastro-entérostomie semblait avoir fait œuvre utile. Le malade résista au shock opératoire, qui fut considérable. Il semblait guéri, lorsque, six mois plus tard, nouvelles douleurs, accompagnées cette fois de l'apparition d'une tumeur épigastrique. Comme il y avait en même temps des phénomènes inflammatoires, on n'hésita pas à intervenir une troisième fois. On trouva,

comme cause de tous ces troubles, un ulcère peptique jéjunal développé sur la partie anastomosée. On le réséqua et, durant cette intervention, on s'aperçut qu'il y avait, dans la portion pylorique, une tumeur spongieuse incluse dans l'estomac. Celui-ci fut ouvert et la tumeur enlevée. Il s'agissait d'un amas de débris végétaux accumulés par suite de l'exclusion du pylore du circuit digestif, selon toute probabilité. Par la suite, la guérison fut complète. L'observation ne nous dit pas si l'anastomose gastro-duodénale fut fermée et le cours normal des matières rétabli par le pylore : l'ulcère étant guéri, cette tentative eût paru justifiée, sauf contre-indication par suite des modifications de l'état local, telles qu'en produisent les adhérences.

A. Benoit.

Nouveau méfait du taxis forcé, par Debeyre et Arquembourg (*L'Echo médical du Nord*, 18 mars 1906). — Après de si nombreuses discussions sur le taxis, il paraît impossible de trouver un argument nouveau contre cette manœuvre. Dans le cas actuel, le taxis produisit chez un enfant de deux ans un hématome du testicule. L'enfant avait été pris de vomissements et deux médecins appelés successivement avaient porté le diagnostic de hernie inguinale étranglée et avaient pratiqué des manœuvres de taxis. Le lendemain il existait encore une tuméfaction dans la région inguinale. A l'inspection on constata alors une tumeur ovoïde s'étendant tout le long du trajet inguinal et remplissant la plus grande partie de la bourse gauche. A l'opération, les auteurs trouvèrent la peau et le tissu cellulaire sous-cutané infiltrés de sang et épaissis, puis une tunique vaginale épaissie contenant un testicule volumineux, bleuâtre, entouré de caillots qui remplissaient la vaginale. Le cordon compris dans du tissu cellulaire et de la fibrine était impossible à séparer du sac. Le canal inguinal fut alors fendu sur toute sa hauteur; le sac très mince et vide fut isolé, fermé et réséqué en partie et l'opération fut terminée par la cure radicale laissant en bas la vaginale largement ouverte et drainée. L'enfant fut guéri au bout de dix jours. Dans ce cas le taxis forcé avait eu pour résultat des lésions traumatiques sérieuses, sans doute plus faciles à produire chez l'enfant. Il faut remarquer aussi que la kélotomie se fera avec plus de difficultés et sera plus exposée à des complications par suite de l'infiltration des tissus.

L. Jumon.

Traitement de la gangrène herniaire, par M. Bataille (*Revue médicale de Normandie*, 25 janvier 1906). — A propos d'un cas personnel, où l'intestin étant trouvé sphacélé dans une hernie, chez une femme de quarante-six ans, la résection suivie d'abouchement bout à bout fut couronnée d'un plein succès, l'auteur examine les divers modes de traitement à opposer à une telle complication, quel que soit le milieu où l'on se trouve, et c'est la raison pour laquelle nous jugeons utile d'en résumer les parties essentielles. Dans quels cas la gangrène est-elle évidente, dans quels cas douteuse? Comment être fixé ? Dans l'observation qu'il cite, l'intestin était gris sale ; sa consistance était celle du linge mouillé. Mais on cite des cas où les tuniques muqueuse et musculaire sont seules sphacélées; on aperçoit par transparence les gaz et les liquides circuler dans la lumière de l'intestin. Ce sont là signes de certitude ; de même quand il y a perforation et issue des matières avec odeur spéciale. Mais s'il y a doute, l'intestin se présentant violacé et noirâtre, après avoir levé l'étranglement, l'auteur conseille d'avoir recours au vieux moyen classique, en appliquant dessus des compresses chaudes et humides. Si la teinte redevient normale, on peut réduire. On s'abstient dans le cas contraire.

La gangrène étant soupçonnée ou confirmée, on peut recourir aux procédés suivants :

1° Kélotomie sans réduction ; 2° Entérorraphie sans excision ; 3° Entérorraphie avec excision ; 4° Anus contre nature.

Kélotomie sans réduction. — Malade très affaibli, sphacèle douteux. Attirer l'intestin au dehors, y compris les anses saines voisines, entourer le tout de compresses aseptiques et attendre quelques jours. Si possible, réduction secondaire; ou bien l'on se trouve en présence d'un anus contre nature sans danger à traiter ultérieurement.

Entérorraphie sans excision. — Cette conduite concerne les cas de sphacèle limité et même, pour Martinet et Guinard, de sphacèle total. Le moyen d'éviter l'excision n'est autre que d'enfouir la lésion sous deux rangées de points de Lembert. La suture sera perpendiculaire à l'axe de l'intestin pour éviter le rétrécissement; si cette manœuvre doit entraîner une coudure trop sensible, ou en cas de sphacèle total, l'enfouissement deviendra l'*invagination* du bout le plus gros dans le plus petit, qui est naturellement le bout inférieur. L'élimination pourra se faire par le rectum. Il faut savoir que l'épaississement des parois par l'œdème s'oppose souvent à la réalisation de la methode; on recourra alors à la suivante :

Entérorraphie avec entérectomie. — Après section de l'étranglement, attirer l'anse sur des

compresses. Deux pinces à coprostase sont mises sur les tissus sains de part et d'autre du sphacèle. On peut en ajouter une de chaque côté, pour sectionner entre deux pinces. On résèque un coin du mésentère correspondant. Pour aboucher ensuite l'intestin, avec une aiguille de couturière on commence, à partir du mésentère, un surjet à la soie fine comprenant toute l'épaisseur, que l'on fortifie ensuite par un second surjet séro-séreux. On arrête le surjet tous les trois ou quatre points, ainsi que l'a fait l'A. dans le cas cité, pour plus de solidité. Un ou deux points sont nécessaires sur la tranche mésentérique. On peut ensuite réduire, tout en drainant, si le sac herniaire avait suppuré.

Anus contre nature. — Après avoir attiré l'anse herniée, on fixe la zone saine au péritoine pariétal par plusieurs points en U. On sectionne ensuite l'intestin, qui se dégorge.

La prudence engage beaucoup les praticiens à user de cette méthode facile et rapide. Il faut pourtant dire qu'elle ne convient qu'aux cas très graves où toute manœuvre prolongée risquerait d'aggraver le choc. Le *pouls* donnera, pour le choix du procédé, de précieuses indications, ainsi que le *facies*. Il reste en outre une méthode surtout appliquée en Amérique, qui est l'emploi de boutons anastomotiques, après résection de l'intestin, méthode à laquelle Murphy doit de nombreux succès.

A. Benoit.

Un cas d'abouchement anormal de l'anus, par M. Van Haelst (*Belgique médicale*, 11 janvier 1906). — Petite fille de trois mois, chez laquelle une simple dépression marquait la place de l'anus normal, lequel s'abouchait à la partie postérieure de la vulve, entre la fourchette vulvaire et l'entrée du vagin. Aussitôt que les matières qui s'écoulaient par cet orifice prenaient quelque consistance, l'enfant était en proie à d'atroces souffrances. On réclama une intervention. Celle-ci consista à transplanter le bout rectal ectopié à sa place normale, en détruisant l'orifice naturel. Le décollement se fit sans trop de difficulté et l'enfant supporta fort bien cette intervention qui exigea l'anesthésie générale. Pansement vaseliné pour éviter les souillures.

A. Benoit.

Sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par K. Budinger (*Wien. Med. Presse*, 25 février 1906). — L'ouverture de l'abdomen a été recommandée comme moyen de traitement de la tuberculose péritonéale à la suite d'une erreur de diagnostic. Sp. Wells avait diagnostiqué un kyste et trouva une ascite tuberculeuse qui, à son grand étonnement, guérit. Depuis, l'opération paraissait justifiée et semblait donner des résultats favorables. Mais récemment une vive réaction s'est faite, depuis que les observations de guérison spontanée ont été plus nombreuses. En 1900, Leyden combattit énergiquement le traitement opératoire et fit remarquer que la tuberculose du péritoine ne diffère pas essentiellement de celle des autres séreuses au point de vue des chances de guérison et que certaines formes sont d'un pronostic plus favorable que d'autres. Rose a de même montré que les guérisons spontanées sont beaucoup plus fréquentes qu'il ne paraissait jusqu'à présent. C'est ainsi que l'auteur cite un cas de guérison spontanée de tuberculose péritonéale. Le tort a été d'attribuer toute guérison exclusivement à l'opération.

La statistique pourrait seule indiquer s'il existe des cas qui guérissent non par l'expectation, mais par le traitement opératoire et si celui-ci peut provoquer la guérison ou l'accélérer. Or, les statistiques de guérisons après l'opération donnent, autant qu'on en peut juger, des chiffres très analogues à celles des statistiques de guérison par la simple expectation, ce qui a amené certains médecins à dire que la laparotomie était ici complètement inutile. D'un autre côté il est extrêmement difficile de dire à quoi on reconnaît qu'une péritonite tuberculeuse est réellement guérie. Ce qui peut disparaître c'est l'ascite, mais on retrouve à l'autopsie de sujets morts d'affection accidentelle des lésions tuberculeuses du péritoine, alors que depuis longtemps ils ne présentaient aucun symptôme ni aucun signe physique de péritonite. D'après l'auteur enfin, l'opération dans la péritonite tuberculeuse manque de base théorique, elle ne s'appuie que sur l'empirisme où se mêle un peu de merveilleux. La laparotomie n'est nullement une opération inoffensive, bien que l'auteur ait pu opérer 25 cas sans avoir eu un cas de mort. Cependant Kœnig donne 3 % de mortalité opératoire, d'autres auteurs donnent aussi des cas de mort. Enfin, il ne faut pas oublier qu'en essayant de détruire des adhérences on peut produire des fistules stercorales et que parfois la plaie abdominale s'infecte, ce qui amène un trajet fistuleux de longue durée.

L. Jumon.

Une nouvelle méthode de rhinoplastie, par M. H. Schiling (*Nonk. Mag. for Lægevidenskaben*, janvier 1906). — Il s'agit de l'utilisation du *cartilage auriculaire* pour restaurer les ailes du nez et le nez entier, détruits par une lésion ou un traumatisme. Il est difficile de suivre

sans figure la description de l'opération que l'A. fit avec succès chez une jeune fille de quinze ans, dont la moyenne partie du nez avait été détruite par un lupus. On conçoit néanmoins, avec les modifications imposées par chaque cas particulier, que l'on puisse, après avivement en tissus sains des bords de la perte de substance, insérer des segments cunéiformes taillés dans le pavillon de l'oreille, dont le cartilage remplacera le cartilage nasal. On utilise au mieux les tissus épargnés sur les bords de la partie détruite. Les essais de transplantation de fragment auriculaire provenant d'un autre individu ont échoué. Mais on peut puiser une seconde fois, chez le même sujet, à la même source, au cas où la rétraction des lambeaux sutures amènerait une nouvelle perte de substance à combler. Une certaine quantité de vaseline, injectée sous la peau, peut aider à modeler le nouvel organe pour achever l'œuvre de l'autoplastie. Le succès dans la rhinoplastie dépend de l'assèchement parfait des surfaces, du soin que l'on met à placer les points de suture, qui doivent être assez serrés, sans l'être trop; enfin on doit pratiquer l'asepsie la plus rigoureuse, en dépit de la sécrétion nasale, qui en augmente la difficulté. On s'adresse, pour tailler ces lambeaux auriculaires, au cadre supérieur du pavillon, qui sera ensuite suturé. La déformation n'est pas très sensible par la suite.

A. BENOIT.

Résultats du traitement des sarcomes inopérables par les toxines mixtes de l'érysipèle et du « bacillus prodigiosus », par WILLIAM B. COLEY (*The Amer. J. of the med. sc.*, mars 1906). — Dans les premiers temps, Coley employait seulement les toxines de l'érysipèle contre le sarcome inopérable, mais il est convaincu aujourd'hui que les effets destructifs des toxines de l'érysipèle sont beaucoup accrus par les toxines du prodigiosus. Il n'y a pas seulement un effet local, car la tumeur a pu disparaître après des injections faites à distance de la tumeur. Dans la plupart des cas les effets les meilleurs et les plus rapides sont obtenus par des injections locales. Le tissu de la tumeur, plus pâle, perd sa vascularisation, subit la dégénérescence graisseuse et se résorbe ensuite ou s'élimine.

Dans ce traitement, Coley conseille de commencer toujours par de petites doses en raison de la susceptibilité du patient qui varie et de la vascularité de la tumeur qui est la cause d'une réaction plus ou moins intense. Pour les injections locales, les doses doivent être plus petites que pour les injections interstitielles faites à distance de la tumeur. On augmente ensuite les doses jusqu'à ce que survienne un frisson, une demi-heure à deux heures après l'injection avec élévation de température. Les chances de succès sont plus grandes si l'on fait des injections quotidiennes, mais si le patient n'a pas un bon état général, il vaut mieux ne les faire que tous les deux jours. Si la tumeur est située dans une région où les injections sont difficiles ou dangereuses, comme dans l'abdomen, on les fera dans les fesses ou la paroi abdominale. Si la tumeur se ramollit et devient fluctuante, il faut ouvrir les foyers, faire un drainage et appliquer un pansement antiseptique humide. Pendant le traitement, l'auteur donne un tonique général, de la strychnine, de la quinine, du fer.

Dans les cas heureux une amélioration marquée survient habituellement au bout d'une à quatre semaines. Passé ce dernier laps de temps, il faut abandonner le traitement s'il n'est survenu aucune amélioration. Dans quelques cas le traitement a été continué à petites doses pendant plus d'une année et les patients sont maintenant en bonne santé plusieurs années après la cessation du traitement. La durée moyenne a été de deux ou trois mois. Les injections doivent être faites avec des seringues stérilisées et après avoir soigneusement nettoyé la peau avec de l'alcool. L'action curative des toxines varie beaucoup dans les diverses variétés de sarcome : elle est le plus marquée dans le sarcome à cellules fusiformes et le moins marquée dans les sarcomes mélaniques. Coley pense qu'on doit essayer le traitement dans tout cas de sarcome inopérable, sauf peut-être lorsqu'il y a généralisation étendue.

Coley a encore employé ce traitement dans un certain nombre de cas comme prophylactique après une opération primitive de sarcome ou d'épithélioma, après avoir constaté que les injections de toxines guérissaient les récidives. Les cas de guérison de sarcome des extrémités sont assez nombreux et la période d'opération a été suffisamment longue pour justifier le traitement dans presque tous les cas de ce genre avant de recourir à l'opération.

L. JUMON.

Traitement des suppurations aiguës et chroniques par le phénol camphré, par C. EHRLICH (*Munch med. Woch.*, 13 mars 1906). — L'auteur s'est servi de la formule indiquée par Chlumsky : acide phénique chimiquement pur 30 grammes, camphre 60 grammes, alcool 10 grammes, et a employé le phenol camphré sous forme de pansement humide, sans tissu imperméable. Les abcès sont soignés par l'intro-

duction de bandes de gaze stérilisée imbibées du produit. Dans les cas aigus les symptômes inflammatoires ont rétrocédé en quelques heures. La suppuration, quand elle est survenue, est restée limitée au foyer d'infection, de sorte qu'il a suffi de faire de petites incisions. Le traitement a consisté à entourer la partie malade d'une compresse de mousseline imbibée de phénol camphré et à appliquer par-dessus une couche d'ouate stérilisée, le tout fixé lâchement par une bande. Un ou plusieurs pansements ont suffi pour faire disparaître la rougeur et le gonflement inflammatoires. L'incision n'a été faite que dans les cas où la suppuration s'était déjà effectuée et se traduisait par la fluctuation. Jamais il n'a été nécessaire de faire de longues incisions dans les phlegmons des gaines tendineuses et de la main. Les plaies déjà infectées se sont nettoyées avec une rapidité surprenante. La durée de la guérison a été très courte. L'auteur n'a jamais observé de phénomènes accessoires fâcheux, tels que des cautérisations ou des douleurs. Au contraire, les malades ont dit que le pansement calmait les douleurs à condition de ne pas le recouvrir de substance imperméable. Le pansement a eu cet effet calmant dans la fissure anale et l'ulcère de jambe chronique douloureux.

L'auteur a ainsi appliqué avec succès ce mode de pansement aux panaris, aux phlegmons, aux ulcères de jambes, à la fissure anale, à la furonculose, l'érysipèle, les fistules tuberculeuses et les plaies infectées de toute sorte.

L. JUMON.

Sur le pansement au vin aromatique, par AUDRY (*Journ. des mal. cutanées*, janvier 1906). — L'auteur estime que le vin aromatique est le meilleur des cicatrisants, à condition d'en réserver l'emploi aux plaies superficielles : ecthymas ulcérés, chancres en voie de réparation, herpès érodés, petits traumatismes, brûlures, etc. Il est également précieux pour traiter les exfoliations larges et profondes de l'épiderme, bulles d'hydroa vacciniforme ou d'éruptions provoquées, petits ulcères des jambes, érosions du mycosis fongoïde, etc.

Expérimentalement, le vin aromatique est stérile, et il est merveilleusement toléré par l'épiderme et les bourgeons de cicatrisation.

Voici comment on l'emploie à la Clinique de Toulouse :

Nettoyage des alentours de la plaie avec de l'alcool camphré ou acidifié. Lavage de la plaie avec de l'eau oxygénée. Pansement avec deux épaisseurs de lint boriqué, découpé à la dimension de la plaie et bien imbibé de vin aromatique. On recouvre ce lint d'un fragment de papier à la gutta-percha qui en dépasse très légèrement les bords. On maintient le tout par un feuillet de coton hydrophile et un tour de bande.

On peut souvent se dispenser du papier à la gutta, surtout si la lésion est peu considérable et très superficielle. De même, l'eau oxygénée devient inutile quand il y a peu de suppuration. On se contente de laver et nettoyer avec du vin aromatique.

Le pansement doit être refait toutes les vingt-quatre heures.

E. VÖGT.

L'anesthésie lombaire, par LAZARUS (*Soc. des médecins de la Charité. Berlin* 18 janvier 1906). — L'orateur fait ressortir que l'anesthésie lombaire est aussi indiquée dans les crises de douleurs fulgurantes du tabes, dans l'excitabilité motrice de la paralysie spasmodique, dans les contractures douloureuses, de cause psychique ou organique, enfin comme méthode anesthésique quand il s'agit par exemple de procéder à une élongation du sciatique, à une mobilisation d'ankylose du genou, etc.

L'excitabilité électrique n'est pas modifiée par l'anesthésie lombaire, et l'on observe parfois que la sensibilité à la vibration est conservée, alors que l'anesthésie est complète pour tous les autres genres de sensibilité.

L'orateur a constaté, par des expériences sur les animaux, que si l'on injecte de l'eau distillée dans le liquide cérébro-spinal, on provoque des douleurs violentes, alors que des injections chlorurées sodiques hypotoniques (0,2 p. 100), physiologiques (0,75 p. 100) et isotoniques (0,92 p. 100) sont bien supportées. Les solutions concentrées, à 10 p. 100 par exemple, font mourir l'animal rapidement, mais à 7,8 p. 100 on obtient de l'anesthésie et de la paralysie sans que le sujet succombe. Il en est de même pour d'autres solutions salines ayant la même pression osmotique que la solution chlorurée sodique à 8 p. 100, telles que des solutions de bromure de potassium, de chlorure de potassium (9 1 p. 100) ou de sulfate de magnésie (25 p. 100).

Dans la discussion qui a suivi, BOSSE a déclaré que les chirurgiens seraient sans doute fort reconnaissants à l'orateur s'il pouvait leur permettre de remplacer les anesthésiques employés actuellement pour l'anesthésie lombaire, par des solutions salines indifférentes isotoniques.

Bosse fait ressortir la variabilité des effets obtenus et de la durée de l'insensibilisation. Avec les produits chimiques actuellement employés, ce mode d'anesthésie ne remplace

pas en tout et pour tout la narcose chloroformique.

E. VOGT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Le régime alimentaire des constipés habituels (*Revue méd. de Louvain* 15 mars 1906). — La constipation, dans les classes aisées, provient bien souvent de l'ingestion d'aliments laissant dans l'intestin trop peu de résidus (viande et œufs 5 0/0 de résidu). En outre, beaucoup de constipés respirent superficiellement en mettant en jeu le système costal et en négligeant complètement la respiration diaphragmatique : souvent aussi, ce sont des sédentaires laissant leurs parois abdominales dans un repos trop absolu. La thérapeutique sera donc dans ces cas étiologique, mais on se rappellera, si l'on prescrit par exemple une alimentation laissant beaucoup de résidus, que l'on risque d'aggraver le mal si la musculature abdominale et intestinale est très affaiblie. En outre, les aliments à résidus donnent aussi souvent lieu à des fermentations gazeuses qui peuvent provoquer du météorisme.

Le sucre et les aliments qu'il est possible de sucrer doivent être consommés abondamment par les constipés habituels : toutefois, le saccharose est moins laxatif que le sucre de raisin et surtout le lactose.

L'eau simple, bue en quantités notables, rendra dans beaucoup de cas de grands services, il en est de même pour le café à la chicorée, alors que le thé et le cacao sont à rejeter.

Comme moyens mécaniques, en dehors des moyens habituels, l'auteur recommande l'emploi d'une boule de bois remplie de plomb qu'on roule sur l'abdomen en suivant le trajet des colons, du cœcum vers l'anus.

E. VOGT.

Administration de lait caillé dans le néoplasme stomaco-pancréatique, par MARTINET (*La Presse médicale*, 3 mars 1906). — Il s'agit d'un malade atteint de néoplasme, dont l'existence fut confirmée au cours d'une laparotomie ; la diète lactée-hydrocarbonée provoque des accidents violents. On reprend le lait caillé : le malade en prend jusqu'à 2 litres par jour, et ne ressent plus ni douleur ni météorisme : l'amélioration générale et locale est si considérable, qu'on se décide à intervenir. En présence de l'étendue des lésions, le chirurgien se borne à une laparotomie exploratrice. A partir de ce moment, on constata que chaque fois que le lait caillé était supprimé, les douleurs et les vomissements reparaissaient pour disparaître à nouveau dès qu'on administrait à nouveau cet aliment.

E. VOGT.

Diarrhée chronique, appendicectomie, guérison, par le Dr DOCQ (*Annales de la policl. centr. de Bruxelles*, février 1906). — Un homme d'une quarantaine d'années a de la diarrhée depuis dix ans et malgré tous les nombreux traitements qu'il a suivis, il a toujours dix à douze selles par jour. A part sa diarrhée, cet homme est toujours en parfaite santé. Les parois abdominales sont extrêmement relâchées, et malgré la facilité de l'examen l'auteur ne trouve rien d'anormal, sinon un point douloureux correspondant assez bien avec celui de Mac Burney. Ce point a toujours existé sans exacerbation et l'appendice ne semble pas avoir été malade. Pensant qu'il s'agissait d'une diarrhée hypochlorhydrique méconnue, notre confrère donna de la limonade chlorhydrique, mais sans aucun résultat. Le malade insistant pour être débarrassé de son accident, on fit une laparotomie exploratrice. L'appendice était énorme, mais libre et ne présentant aucune trace d'inflammation ancienne. Rien d'anormal dans le reste de la cavité abdominale, ni ganglions, ni rétrécissement. Pensant que l'appendice, quoique sain, pouvait être la cause des troubles, l'auteur l'enleva. Les suites opératoires furent simples et dès le lendemain le malade a une selle moulée par jour. Depuis deux mois que le malade a été opéré, la diarrhée n'a pas reparu. Blake dit avoir vu beaucoup de ses malades cesser de souffrir après une appendicectomie bien que l'examen de l'appendice n'eût rien révélé d'anormal. Il pense qu'il faut quelquefois attribuer les troubles digestifs à la mauvaise position de l'appendice qui exerce des tiraillements sur les organes. Dans l'observation du Dr Docq, l'appendice mesurait 9 à 10 centimètres.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement du cancer du médiastin par la radiothérapie, par PFAHLER (*American medicine*, 10 février 1906). — L'auteur relate six cas dans

lesquels le cancer du médiastin se développa secondairement à un carcinome du sein. Toutes les malades avaient été opérées. Le diagnostic de cancer du médiastin était confirmé par l'examen et par la radiographie. Une malade était atteinte d'une paralysie du bras gauche, due à la compression du plexus cervical par des ganglions cervicaux situés profondément. Le traitement fut dirigé sur ces glandes ainsi que sur le médiastin et fut suivi d'une guérison apparente complète. Dans aucun cas, il n'est survenu des résultats fâcheux. Trois malades sur six paraissent aujourd'hui guéries. Cette proportion de guérisons dans une maladie mortelle dans laquelle les autres formes de traitement ne donnent aucun espoir, justifie la pratique de la radiothérapie dans ces cas.

L. JUMON.

Traitement des varices des membres inférieurs, par LAMBRET (*Echo médical du Nord*, 4 mars 1906). — Le traitement est impuissant contre la défectuosité congénitale ou acquise de l'état anatomique des parois veineuses; on est armé contre les causes quotidiennes, marché, station debout, efforts. Pour les varices légères un traitement orthopédique, une hygiène appropriée suffisent pour les empêcher de progresser. Dans la cyanose variqueuse pure, avec œdème, douleurs, menace de complications cutanées, c'est aussi à l'hygiène et à l'orthopédie qu'il faut avoir recours. Les varices à reflux cardiaque seules ou associées aux varicosités de la cyanose variqueuse, sont justiciables de l'intervention chirurgicale

Traitement médical. Il est hygiénique et orthopédique. Eviter la stase sanguine dans le membre inférieur, interdire les stations debout prolongées, les vêtements serrés susceptibles de gêner la circulation ; défendre au malade les efforts considérables. Veiller avec le plus grand soin à la propreté de la peau, afin d'éviter les dermites, l'eczéma, l'ulcère et prescrire des lavages à l'eau froide additionnée tantôt d'alcool (eau de Cologne) tantôt d'une solution astringente (eau blanche).

L'orthopédie consiste à exercer une compression au moyen de bandes (crêpe Velpeau), mais surtout par les bas à varices L'emploi de ces bas est de toute nécessité contre les varices des femmes enceintes. Recommander de les mettre le matin avant le lever et de les enlever le soir après le coucher.

Le traitement chirurgical consiste soit à faire l'ablation des paquets variqueux, soit à faire des résections partielles en étage. Les avantages de l'ablation de la veine malade sont d'empêcher les accidents de phlébite. Elle supprime la source qui alimentait les capillaires, propagateurs de la périphlébite et de la sclérose ; elle empêche aussi le reflux du sang vers l'extrémité. On peut reprocher à l'opération d'être très sanglante. Les résections partielles et en étage cherchent à créer des valvules artificielles. Les points à réséquer particulièrement sont l'abouchement de la saphène dans la veine fémorale, le milieu de la cuisse, au-dessus du condyle fémoral, au-dessous du condyle tibial. Bien qu'incomplète, cette opération donne à peu de frais une guérison suffisante, car elle supprime l'action de la colonne sanguine. On peut combiner les deux méthodes. Schwartz y ajoute, dans les cas où la peau est fatiguée et a son tissu élastique forcé, la résection de grands lambeaux cutanés de façon à doter ses malades d'un véritable bas naturel.

Dans les cas de rupture de varice, faire coucher le malade, pratiquer une compression légère pour arrêter l'écoulement sanguin, au besoin faire la ligature de la veine au-dessus et au-dessous de la rupture. Si la rupture est sous-cutanée faire une compression méthodique. Pour guérir un ulcère de jambe, le traitement se résume dans le repos et la désinfection; pour empêcher la récidive, il faut le re os et la protection du membre. Si on applique le traitement contre l'ulcère, il faut autant que possible extirper la veine qui est sous-jacente à l'ulcère; on s'exposerait à un insuccès en se contentant de lier la saphène interne pour un ulcère situé sur la face externe. Dans certains cas où l'état général est mauvais et lorsque les malades sont atteints d'affections rénale, hépatique, etc., il est préférable de ne pas opérer l'ulcère, car il faut se demander s'il ne sert pas d'exutoire.

Dans le cas de phlébite qui progresse. l'auteur conseille l'application d'une ligature en tissu sain au delà de la limite de la zone phlébitique, on en profitera pour extirper la veine et les ampoules dilatées. S'il y a menace de suppuration, il faut barrer la route aux embolies et extirper la veine ou en évacuer le contenu.

L. JUMON.

Guérison spontanée d'un anévrysme artério-veineux (*Soc. de ch.*, 7 mars 1906). — M. PLUYETTE (de Marseille), rapporte M. Guinard, vient d'adresser l'observation d'un cas de guérison spontanée chez un homme de trente-trois ans, d'un anévrysme traumatique de l'artère et de la veine sous-clavières par coup de feu. La diminution progressive de la poche a été constatée par plusieurs confrères. Il ne s'agit pas, comme l'avait signalé Nélaton, de transformation d'un anévrysme artério-veineux en anévrysme artériel, mais peut-être d'artérite

oblitérante. M. DELENS a constaté, de son côté, que l'anévrysme artério-veineux de la carotide interne et du sinus caverneux tend aussi à la guérison spontanée, sans doute par suite de phénomènes de thrombo-phlébite.

A. BENOIT.

Sur la déchloruration traitement des hydropisies, par FRANCIS D. BOYD (*The Scott. med. and surg. J.*, février 1906). — L'auteur a traité avec un résultat complet par le régime déchloruré un malade atteint de néphrite avec anasarque et épanchements pleuraux et explique le mode d'action de ce régime. Il admet avec d'autres auteurs que le régime lacté doit ses bons résultats à sa pauvreté en chlorure. Noorden a considéré le chlorure de sodium comme une substance facilement éliminée par les reins, cependant cette opinion n'est pas tout à fait exacte, car des reins malades peuvent avoir leur fonction excrétoire très diminuée pour le chlorure de sodium.

Le chlorure de sodium n'est pas seul responsable des œdèmes dans tous les cas; ceux-ci peuvent dépendre d'autres facteurs, notamment d'une lésion cardiaque et rénale grave, mais même dans ces cas l'auteur a vu l'œdème disparaître en supprimant les chlorures du régime même lorsque tous les autres moyens avaient échoué. Il cite à l'appui le cas d'une femme de quarante-quatre ans atteinte d'insuffisance mitrale et de néphrite diffuse subaiguë. La dyspnée et la cyanose étaient très marquées, mais surtout l'anasarque était considérable. La malade fut mise à une diète sèche, et on lui donna des toniques cardiaques et des diurétiques, on fit des ponctions dans les cavités pleurale et péritonéale. La malade resta dans le *statu quo* pendant neuf semaines, mais ni les ponctions répétées deux fois par semaine, ni les médicaments n'eurent d'action sur la quantité de l'urine, qui se maintenait entre 600 et 900 grammes. Celle-ci ne contenait que 1 gr. 50 de chlorure de sodium par vingt-quatre heures, alors que le régime admettait les chlorures à discrétion. On supprima tous les médicaments et la malade fut mise au régime déchlorure. Il n'y eut d'abord à peu près aucune amélioration durant les quatre ou cinq premiers jours. Mais la diurèse se rétablit très vite en donnant de la diurétine et de la digitale, de sorte qu'au bout de dix-neuf jours les œdèmes avaient disparu. Dans cette période la malade éliminait 18 grammes de chlorures en vingt-quatre heures.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Le traitement de la neurasthénie, par GUTHRIE RANKIN (*The Brit. med.* 3 mars 1906). — Après avoir retracé les règles thérapeutiques à suivre dans la neurasthénie, l'auteur donne quelques indications à suivre pour le régime Dans l'insomnie persistante il permet la morphine, mais seulement lorsque toutes les mesures pour amener le sommeil ont échoué. Dans les cas de longue durée, l'anémie devient un symptôme assez marqué qui cesse à l'emploi du fer; toutefois on ne doit prescrire le médicament que si la digestion est assez bonne pour en permettre l'assimilation. L'auteur recommande de l'associer au bromure, comme dans la formule suivante :

Citrate de fer ammoniacal.....	0,40 centigr.
Liqueur de Fowler.....	V gttes.
Bromure de potassium.....	0,60 centigr.
Acétate d'ammoniaque.....	3 gr.
Eau chloroformée q. s. p.....	30 gr.

A prendre en trois fois dans la journée après le repas. Au bout de quelques jours on peut remplacer cette formule pour une préparation plus active de fer, comme le sulfate auquel on ajoute un vasomoteur comme l'ichthyol. Dans cette préparation on remplace le bromure par l'extrait de cannabis. Si le fer est mal supporté on peut lui substituer 0,30 à 0,60 d'oxyde de manganèse.

S'il survient de la céphalée assez intense pour nécessiter un traitement, on supprimera temporairement les toniques et on donnera à leur place 0,30 d'antifébrine ou 0 60 de phénacétine associée à 0,20 centigrammes de caféine.

La rachialgie est quelquefois un symptôme pénible et persistant, on la combat par des pointes de feu le long du rachis.

Le rein flottant complique parfois la neurasthénie ; on doit alors soutenir le rein par une ceinture ou une pelote. La dilatation stomacale s'observe généralement; dans ce cas, les malades se trouvent bien d'une petite série de lavages d'estomac pratiqués tous les matins pendant quelques jours avec une solution chaude de bicarbonate de soude, 5 grammes par litre Si on a recours au lavage, il faut, pendant le temps qu'on le pratique, diminuer la quantité des aliments et suivre à ce point de vue les indications qui se présentent.

Il est toujours bon de faire changer les malades d'air et de milieu pendant quelques semaines, soit au bord de la mer, soit à la cam-

pagne, avant de reprendre les occupations. La régularité des habitudes est une des conditions de la permanence de la guérison. Le patient doit s'arranger de manière à éviter toute fatigue; le séjour au lit doit être prolongé, les repas et l'exercice doivent être réguliers. Le patient fera bien de s'astreindre à un exercice en plein air.

La prophylaxie chez les enfants des neurasthéniques offre un intérêt tout particulier. On doit les placer dans un milieu sain, les soumettre à des habitudes régulières et adapter la somme de travail intellectuel à leur capacité intellectuelle afin d'éviter le surmenage.

L. JUMON.

La constipation des neurasthéniques traitée par l'électrothérapie (*La Presse médicale*, 7 mars 1906). — HARTENBERG a pu constater qu'avec un mois de traitement, on parvient à guérir radicalement la constipation opiniâtre des neurasthéniques, sans médicaments et sans alimentation spéciale. Il s'agit dans la grande majorité des cas de constipation par atonie. L'auteur recommande le dispositif suivant : Le malade s'assied une fois par jour sur une large électrode et reçoit sur l'abdomen une autre plaque aussi étendue que possible. Puis, au moyen d'un interrupteur renverseur, on lance toutes les 30 secondes un courant instantané et renversé aussi intense que possible. Avec ce dispositif les malades supportent 200 M A. sous 40 volts. Au moment de la fermeture du courant et du renversement de sens, il se produit dans les muscles de la paroi et à travers toute la cavité abdominale une double secousse non douloureuse : on produit 40 doubles secousses par séance.

Une selle quotidienne est obtenue dès les premières séances : quand l'habitude physiologique paraît assez établie, on interrompt le traitement un jour, puis 2, puis 3 jusqu'à cessation complète.

E. VOGT.

Traitement des douleurs nerveuses, par LOTS (*Therap. Monatshefte*, mars 1906). — L'auteur fait ressortir que ce genre de douleurs est négligé en général par le praticien, qui ne leur oppose que le raisonnement et ne croit pas à leur intensité. Or, il n'en est rien, car le nerveux présente de l'hyperesthésie cutanée, et a une tendance marquée à se mettre à l'abri de toute cause d'irritation du tégument externe, en se couvrant d'une façon exagérée. Il en résulte que le système nerveux périphérique devient toujours plus sensible aux influences extérieures et que le meilleur moyen de combattre les douleurs nerveuses, dont le point de départ est périphérique, consiste à faire subir à la peau des irritations intenses et répétées. L'auteur a en conséquence fait confectionner un tissu laine et coton, avec lequel il fait faire des frictions cutanées énergiques, 1 à 2 heures par jour, à ses malades. Les algies qui disparaissent le plus aisément par ce traitement sont les rachialgies, les douleurs précordiales, les acroparesthésies : dans la sciatique, ces frictions constituent un excellent adjuvant au traitement.

E. VOGT.

Les injections d'acide osmique dans la névralgie, par R. EASTMAN (*Med. Record.*, 27 janvier 1906). — L'injection de dix gouttes d'une solution d'acide osmique à 2 p. 100 dans un nerf sensible ne présente pas d'inconvénient Cependant il ne faut pas oublier que le rein est exposé à être irrité. Les injections dans le nerf dentaire inférieur ou d'autres nerfs ne doivent pas être faites par la bouche, car elles peuvent amener l'infection et la nécrose au point d'injection par suite de l'action de l'acide. On ne doit pas toujours attendre un soulagement immédiat, malgré les résultats immédiats obtenus par Bennet et Murphy. Les malades de l'auteur ont été soulagés seulement après une ou deux semaines. Dans les cas où les branches nerveuses sont petites, il serait très difficile de faire l'injection directement dans le nerf, l'aiguille ne pouvant toujours pénétrer dans la substance du nerf, de sorte que le liquide ne l'atteint pas. L'auteur recommande alors de dissocier les fibres de façon à ce qu'elles baignent dans le liquide. Comme il est nécessaire de manipuler le nerf, parfois de le distendre, il est préférable de faire l'opération à l'aide d'un anesthésique général, de sorte qu'en cas de nécessité on peut faire l'élongation ou la section du nerf. Les injections d'acide osmique, d'après les examens qui ont été faits, ne font que provoquer la désintégration de matières grasses dans l'espace entourant le nerf. La dégénérescence qui atteint le nerf même est le résultat indirect de l'action élective de l'acide osmique sur la destruction des éléments gras. Il n'y a pas de raison qui empêche le nerf de se régénérer et de reprendre ses fonctions de transmission, comme aussi la névralgie de récidiver un certain temps après l'injection d'acide osmique. Ces injections dans le tic douloureux sont parfaitement autorisées, même s'il est nécessaire de les répéter à des intervalles de quelques mois. La solution d'acide osmique doit être récemment préparée pour chaque opération, car elle s'altère rapidement.

L. JUMON.

Le lavage de l'estomac dans le delirium tremens, par S. S. SERGUIEVSKY (*Vratchébnaya Gazeta*, 1906, n° 1). — L'auteur, médecin de l'Asile d'aliénés de Voronège, a adopté, depuis quelque temps, pour le traitement du delirium tremens, le procédé que voici, dont il se trouve fort bien :

Après un bain tiède de courte durée et un simple lavement évacuateur, on procède à un lavage de l'estomac avec de l'eau de chaux coupée d'eau ordinaire ou avec une solution de bicarbonate de soude, ce lavage étant continué jusqu'à ce que le liquide qui s'écoule en retour devienne complètement limpide. On donne ensuite X gouttes d'un mélange, à parties égales, de teinture de noix vomique et de teinture d'opium et l'on couche le malade qui, dans la grande majorité des cas, ne tarde pas à s'endormir. A son réveil, on constate généralement l'absence de tout phénomène délirant.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'otite moyenne purulente chronique, par MOURE (*Journal de méd. de Bordeaux*, février 1906). — Tout le monde s'accorde à reconnaître que l'otorrhée est dangereuse et doit être guérie à tout prix soit par un traitement médical, soit par un traitement chirurgical, en cas d'insuccès du premier ou de complications.

Le traitement médical a pour but de traiter les lésions du pharynx qui entretiennent la suppuration de l'oreille, comme les végétations adénoïdes, et à réaliser l'asepsie de l'oreille.

Certains praticiens suppriment, de parti pris, tout lavage de l'oreille qu'ils remplacent par des instillations de solutions antiseptiques ou des insufflations d'acide borique, d'iodoforme. Cette pratique est dangereuse, si on ne peut surveiller le malade, parce qu'elle arrête l'écoulement, sans empêcher la sécrétion du pus et peut donner lieu à des symptômes de rétention.

Il vaut mieux recourir aux lavages abondants et détersifs pratiqués avec une poire en caoutchouc ou un injecteur Enema dont on peut régler la force du jet; on expulse ainsi les débris épithéliaux et le pus grumeleux qui remplit souvent la caisse du tympan.

Moure se sert d'une petite canule de verre qu'il adapte au tube de l'appareil à injection. Il fait passer à chaque injection un demi-litre d'eau à chaque séance, en ayant soin d'interrompre, de temps en temps, le jet liquide pour éviter les vertiges.

Suivant l'abondance du pus, l'injection est faite une fois ou deux dans les 24 heures; si la sécrétion est fétide, on peut employer de l'eau boro-oxygénée coupée de 4 fois son volume d'eau bouillie; en dehors de ce cas on peut utiliser l'eau boriquée ou résorcinée.

S'il y a des granulations de la caisse, l'alcool boriqué en instillations est indiqué; dans les formes fongueuses avec écoulement peu abondant et fétide on peut supprimer les lavages qui, souvent, augmentent la suppuration ou l'entretiennent; il faut alors recourir aux pansements secs appliqués par le médecin; mais avant il faut cautériser les parties fongueuses et enlever les osselets s'ils sont cariés ou nécrosés.

Après avoir séché la caisse, on insuffle une poudre aseptique : peroxyde de zinc, acide borique, aristol, dermatol, etc., puis on place une lanière de gaze stérilisée qui arrive jusqu'à l'entrée du méat; ce pansement est retiré au bout de 1 à 2 jours et renouvelé s'il y a lieu.

Dans le cas où la perforation siège à la partie postéro-supérieure et laisse écouler du pus fétide, les pansements ordinaires restent sans résultat; il faut alors nettoyer directement la partie supérieure de la caisse. Pour cela, on pratique des injections à l'aide de la canule d'Hartmann (ou encore mieux celle de Courtade qui n'est pas coudée et donne cependant un jet vertical) que l'on passe à travers la perforation; on ramène ainsi des débris épithéliaux ou caséeux dont la suppression procure souvent la guérison.

Dans bien des cas ces perforations postéro-supérieures s'accompagnent de carie des osselets ou de l'attique ou encore de cholestéatome; les lavages restent donc inefficaces tant que l'on n'a pas enlevé les parties cariées ou nécrosées.

Les injections par la trompe d'Eustache peuvent être dangereuses et porter l'infection dans l'attique ou l'apophyse mastoïde.

Traitement chirurgical. — Les suppurations chroniques de l'oreille qui résistent au traitement médical sont du ressort de la chirurgie. La cure radicale de l'otorrhée est une opération bien réglée qui doit fatalement procurer la guérison de l'otorrhée.

Dans quelques cas rebelles, il persiste parfois, après l'opération de la cure radicale, une sorte de suintement muqueux, non fétide, qui survient à chaque coryza mais qui cède rapidement à quelques pansements aseptiques.

A. COURTADE.

Otite moyenne aiguë avec paralysie faciale, par BICHATON (*Union médic. et scient. du Nord-Est*, décembre 1905). — Les cas de paralysie faciale dans le cours d'une otite moyenne aiguë sont rares; c'est ce qui fait l'intérêt de l'observation suivante.

Un homme de 49 ans, à la suite d'un coryza, voit survenir 8 jours après de la surdité et des douleurs dans l'oreille gauche et la mastoïde. Un écoulement léger, pendant 24 heures, a été constaté par le malade, et, dès le lendemain, il survient une paralysie faciale gauche; la face est déviée vers la droite, l'occlusion de l'œil est incomplète, etc.

A l'examen, la pression, au niveau de la pointe de la mastoïde, provoque de la douleur; la diminution de l'ouïe est notable; la membrane de Schrapnell, rouge, est repoussée en dehors; il existe donc de l'otite moyenne supérieure.

Après anesthésie locale, l'auteur fait la paracentèse au niveau de la voussure; il s'écoule un peu de pus et de sang qui est épongé puis une mèche de gaze iodoformée est introduite dans la plaie.

Au bout de 48 heures, la plaie est agrandie puis on fait un lavage à l'eau oxygénée; la paralysie faciale a presque disparu après une semaine et l'audition s'améliore; la suppuration n'est complètement tarie qu'au bout de quatre mois.

A COURTADE.

A propos de la fermeture d'emblée de la plaie rétro-auriculaire dans l'évidement pétro-mastoïdien, par BERNEX (*Marseille médical*, 15 février 1906). — Dans la mastoïdite aiguë, on doit évidemment laisser une partie de la plaie ouverte pour assurer le drainage de la région, mais dans l'otorrhée chronique on doit procéder à la cure radicale.

Dans les cas où la mastoïdite survient dans le cours d'une vieille otorrhée, la simple trépanation est insuffisante; il faut en même temps agir sur la caisse pour enlever les granulations, les points cariés.

Comme procédés opératoires on peut citer comme types :

a) Celui de Schwartze : ouverture de l'antre au lieu d'élection par lequel on va vers la caisse, en supprimant la paroi postérieure du conduit auditif.

b) Celui de Stacke dans lequel on commence par détacher le conduit auditif membraneux jusqu'au tympan, puis on enlève les osselets et on fait sauter le mur de la logette.

c) Le procédé de Moure qui consiste à trépaner au niveau de l'épine de Huele.

Le but de tous ces procédés est de transformer la caisse et l'antre en une seule cavité osseuse, sans anfractuosités, facilement accessible dans tous ses points et dont la réparation peut être bien surveillée. Pour obtenir ce dernier résultat on peut : ou laisser une partie de la plaie rétro-auriculaire ouverte pour faire les pansements, ou bien fermer la plaie rétro-auriculaire et par une autoplastie, à l'aide du conduit membraneux, tapisser en partie la cavité osseuse et faire les pansements par le conduit très élargi.

Tandis que Korner, Stacke et Panse laissaient un drain dans la cavité rétro-auriculaire et ne faisaient qu'une réunion secondaire, Moure procède à la réunion d'une façon complète et immédiate, de sorte qu'au bout de 8 jours le malade n'a plus besoin de pansement extérieur et peut vaquer à ses occupations.

Les partisans de la non-fermeture font valoir les avantages suivants : l'ouverture rétro-auriculaire permet un large drainage, une surveillance facile et évite tout danger de rétention.

Les partisans de la réunion immédiate font valoir que les soins ultérieurs sont moins longs, que la cavité osseuse est aussi facile à surveiller par le conduit auditif et le drainage aussi sûr.

La déformation de l'oreille est inappréciable dans les cas où l'on a fait l'autoplastie, tandis que l'ouverture de la mastoïde laisse souvent des cicatrices très déprimées et visibles et projette en avant les pavillons.

L'évidement pratiqué pour des complications endo-craniennes ne doit pas être suivi de la réunion immédiate, car une grande ouverture mastoïdienne facilite le drainage et l'application des pansements.

Dans les interventions pour cholestéatome, les uns ferment la plaie mastoïdienne, comme Moure, d'autres la maintiennent ouverte.

A. COURTADE.

Traitement de la sinusite fronto-ethmoïdale chronique, par VAN DEN WILDENBERG (*Ann. et bullet. de la Soc. de méd. d'Anvers*, décembre 1905). — L'auteur présente trois cas de cette affection. Dans le premier il s'agit d'un homme qui 30 heures après s'être fortement cogné la région frontale droite contre le bord d'une porte, s'est mis à moucher du pus en abondance par la narine droite; l'examen par les méthodes habituelles décela l'existence d'une sinusite frontale droite; elle fut traitée par le lavage du sinus à l'aide de la canule frontale.

Le deuxième cas est relatif à un homme de 49 ans qui, après une attaque de grippe, moucha du pus abondant et fétide par la narine droite; il présenta des céphalalgies continuelles loca-

lisées autour du sinus frontal et un état général mauvais dû à des troubles de l'estomac.

Après avoir enlevé les polypes on diagnostiqua une sinusite maxillaire et fronto-ethmoïdale.

L'auteur ouvrit largement le sinus maxillaire ainsi que le sinus frontal qui furent curettés en suivant le procédé d'Ogston-Luc. Quinze jours après il restait une fistule à l'angle interne de l'œil, qui se ferma quand on eut enlevé par voie endo-nasale une grande partie du labyrinthe ethmoïdal antérieur. Après deux mois de traitement et plusieurs petites interventions le malade était complètement guéri.

La troisième malade âgée de 22 ans avait été, cinq ans avant, traitée d'une sinusite maxillaire gauche, mais elle continuait à moucher du pus en abondance par la narine droite.

Après avoir jugé l'inutilité du traitement endo-nasal, l'auteur pratiqua, cinq semaines après, la fronto-ethmoïdectomie d'après le procédé de Kilian. Il a dépérioste l'attache de la poulie du muscle grand oblique de l'œil, ce qui n'a entraîné qu'une diplopie légère et passagère. Il a laissé un pont osseux de 5mm de hauteur pour éviter la déformation.

Le sinus est curetté avec soin puis le cornet moyen enlevé, ainsi que l'ethmoïde, par la brèche nasale.

La guérison opératoire a eu lieu en une semaine et la suppuration s'est tarie progressivement, sans nécessiter de soins consécutifs.

La déformation est nulle malgré les grandes dimensions du sinus frontal.

A. CQURTADE.

Sur le traitement de l'abcès des amygdales, par G. SOMMER (*Munch. med. Woch.*, 13 mars 1906). — Peu satisfait du traitement médical temporisateur dans l'abcès de l'amygdale, l'auteur préconise un procédé plus rapide et plus sûr que l'incision tardive. Dès que le diagnostic de l'abcès est fait, il ouvre presque toujours l'amygdale, soit avec le bistouri boutonné et à l'aide d'une pince de Museux appliquée latéralement, soit avec le tonsillotome. On ouvre ainsi généralement l'abcès qui est souvent difficile à localiser et les accidents disparaissent aussitôt et définitivement. La méthode a l'avantage qu'elle prévient plus efficacement les récidives.

Pour effectuer l'anesthésie locale, l'auteur badigeonne plusieurs fois la région à quelques minutes d'intervalle avec une solution de cocaïne à 5 p. 100 et injecte ensuite une seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne à 3 p. 100 avec quelques gouttes d'adrénaline en 2 ou 3 points. S'il y a une forte contracture des mâchoires, on peut être amené à ouvrir violemment la bouche sous le chloroforme ou l'anesthésie. Mais il faut alors le faire avec précaution pour éviter l'aspiration du pus dans les poumons. Le traitement consécutif consiste dans des gargarismes d'eau boriquée chaude.

L. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

La radiothérapie dans les affections prurigineuses de la peau, par le Dr DUPEYRAC (*Marseille médical*, 15 mars 1906). — La radiothérapie a une action remarquable dans la plupart des dermatoses prurigineuses. En agissant sur la lésion principale elle atténue ou supprime les démangeaisons. Quant aux dermatoses prurigineuses d'origine parasitaire, il est tout indiqué avant tout de détruire les parasites. Mais il reste tout un groupe d'affections dans lesquelles le prurit est le symptôme principal : il est constitué par les lichens, les névrodermites, les prurits sans lésion. Ce sont les cas que l'auteur a soumis à la radiothérapie. Trois cas de lichen simple ont été guéris après une dizaine d'applications; un cas de lichen plan n'a pas été modifié. Un cas de lichen corné datant d'une dizaine d'années a été traité pendant cinq mois, avec des réactions violentes pour détruire les cornes cutanées. Aujourd'hui le malade est complètement guéri de ses épaississements cornés et de ses démangeaisons. Une malade atteinte de névrodermite chronique généralisée n'a retiré aucun soulagement du traitement.

Dans trois cas du prurit anal sans lésion apparente, la guérison a été complète après cinq ou six séances légères. Dans deux autres cas où il y avait du suintement, la guérison a été plus longue à obtenir.

Trois cas de prurit vulvaire ont été traités par les rayons X. Une malade a été guérie, la deuxième améliorée, la troisième n'a pas été sensiblement modifiée au bout de trois semaines. Le prurit qui accompagne les eczémas chroniques, le psoriasis, les séborrhéides diminue rapidement après les premières séances, ce qui est un bon signe au point de vue du succès final de la cure radiothérapique de ces dermatoses.

L'action thérapeutique des rayons X dans les dermatoses prurigineuses chroniques et localisées est donc remarquable. L'auteur pense que les rayons ont une action élective sur les terminaisons nerveuses intra-dermiques, de même

qu'ils ont une action atrophiante élective sur les papilles des poils, ce qui expliquerait la guérison même en l'absence de toute réaction cutanée. L. JUMON.

Résultats obtenus avec la radiumthérapie, par BLASCHKO (*Berlin. klin. Wochenschrift*. 19 février 1906). — L'auteur insiste sur la grande ressemblance qui existe entre les effets produits par le radium et ceux des rayons de Rœntgen : le radium agit même à travers la peau saine, ainsi que l'a démontré la guérison d'un angiosarcome probable que l'auteur a observé. Ce fait, ainsi que l'action exercée sur les verrues, démontre que le radium agit beaucoup plus énergiquement sur les cellules jeunes que sur celles qui ont terminé leur évolution. Les verrues jeunes sont détruites en quelques séances : les verrues datant de quelques mois doivent être traitées d'une façon bien plus intensive, même si on abrase au préalable la couche cornée superficielle.

Les nævi et les angiomes ont été aussi soumis à l'action du radium, qui détermine une inflammation plus ou moins marquée, pouvant aller à la formation d'escarres. L'auteur n'a observé aucune cicatrice télangiectasique.

Le lupus circonscrit donne d'excellents résultats à condition d'aller jusqu'à l'ulcération, pour éviter les récidives.

Si, sur une plaque de psoriasis, on laisse agir pendant dix à quinze minutes une capsule contenant environ 10 milligrammes de bromure de radium très actif, on voit se manifester au bout de cinq à huit jours une inflammation réactive, et au bout de quatre semaines au plus la plaque est guérie. Il va sans dire que l'on peut faire varier le temps d'application suivant l'importance de la plaque traitée, mais les récidives ne sont évitées que si l'on fait des séances prolongées. Pour les psoriasis étendus, l'auteur se sert de plaques de celluloïd, sur lesquelles le bromure de radium est également distribué, et que l'on applique au moyen de bandelettes de sparadrap pendant trois ou quatre heures : souvent des plaques invétérées disparaissent après une seule séance. Pour le psoriasis des ongles, le radium rend aussi de très grands services.

Dans un cas de lupus érythémateux, traité sans succès depuis des années, le radium assura la régression.

Le sycosis donne des résultats peu nets, le lichen ruber verruqueux en donne de meilleurs que le lichen plan, la pelade vraie est réfractaire : la rougeur permanente du nez, après une dermatite plus ou moins intense, disparaît sous l'influence du radium.

Les chéloïdes enfin diminuent indubitablement.

L'action du radium est d'autant plus intense que les cellules sont davantage en état de prolifération : elle est plus limitée en étendue et en profondeur que celles des rayons de Rœntgen, mais aussi beaucoup moins dangereuse, et facilement applicable, même sur les muqueuses. L'effet est indolore.

E. VOGT.

Note préliminaire sur l'administration du mercure par la voie rectale, par AUDRY (*Journ. des mal. cutanées*, janvier 1906). — L'auteur a fait des essais qui lui permettent de conclure que des suppositoires à l'huile grise contenant 2 et 4 centigrammes de mercure métallique sont très bien tolérés et que le mercure se trouve dans les urines le cinquième jour après le début du traitement. Il est légitime de croire qu'il existe des sels mercuriels mieux adaptables encore à ce mode d'administration.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La blennorragie chronique de l'urètre de l'homme, par JANET (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er décembre 1905). — L'A. rapporte dans une minutieuse analyse la pratique d'Oberlander et de Kollmann de Leipzig. La direction du traitement dépend du diagnostic endoscopique des lésions urétrales : ces lésions consistent en infiltrations de cellules embryonnaires, puis conjonctives, développées surtout autour des lacunes de Morgagni.

La méthode de choix est la dilatation systématique de l'urètre à l'aide des dilatateurs métalliques à branches (dilatateur de Kollmann); un modèle spécial de ces instruments permet en même temps de laver l'urètre (dilatateur-laveur). Ce traitement est institué lorsque les lavages et les instillations n'ont pas amené la guérison de la blennorragie au bout d'un à deux mois.

La dilatation doit être faite très lentement, il ne faut pas gagner qu'un ou deux numéros à chaque séance : le maximum obtenu on laisse l'instrument en place cinq minutes : les séances sont renouvelées tous les six à dix jours et accompagnées de lavages au nitrate à 1 ou 2 p. 1000; dans l'intervalle on fait des lavages au

permanganate ou au nitrate d'argent ou à l'albargine.

Lorsqu'il s'agit d'infiltration dure, la dilatation est commencée avec les bougies métalliques. S'il y a des lacunes et des glandes dilatées et infectées on les cautérise à l'aide du stylet en baïonnette relié au pôle négatif d'une pile à courant continu, le courant est de 1 milliampère à 2 mill. 5, le pôle positif est placé sur la région pubienne.

La blennorragie aiguë doit être traitée par les lavages au permanganate, et quand les gonocoques ont disparu les injections ou les lavages au sulfate de zinc de 0 gr. 50 à 1 gramme p. 100, ou bien au nitrate d'argent à 1 p. 1000 ou à l'albargine. Les injections de tannin et alun à 1 p. 100 combinés au sulfate de zinc sont aussi à recommander.

M. DESCHAMPS.

Les urétrites à entérocoques, par LAVENANT et TRASTOUR (*La Tribune médicale*, 9 déc. 1905). — Certaines urétrites ne sont pas dues au gonocoque seul : un grand nombre de microbes ont été signalés comme agents primitifs ou secondaires, isolés ou associés, cocci en chaînettes, staphylocoques, microcoques, diplocoques, streptocoques, colibacilles, bacilles pseudo-diphtériques, bacille de Friedlander, etc. Ces microbes peuvent être associés au gonocoque, le plus souvent ils succèdent à celui-ci; néanmoins il existe certaines métrites qui peuvent être dues uniquement à une ou plusieurs de ces espèces. A ces différentes espèces il faut ajouter l'entérococcus protéiforme de Thiercelin qui peut être l'unique agent de l'urétrite, ou succéder au gonocoque ; on peut l'observer seul ou associé à d'autres microbes.

L'entérocoque n'est pas un saprophyte de l'urètre, ou ne l'y trouve pas lorsque la muqueuse est saine. L'entérocoque est polymorphe : on le rencontre le plus souvent sous forme de diplocoques ovoïdes à grand axe transversal, plus rarement sous forme de bâtonnets parfois étranglés en leur milieu; ces diplocoques peuvent se mettre en chaînettes ou en tétrades, ou en amas staphylococciques, toutes ces formes prennent le Gram : il cultive sur les milieux ordinaires. Tous ces caractères le différencient nettement du gonocoque qui ne prend pas le Gram et ne pousse que sur les milieux au sérum ou au sang; mais il est possible que certaines espèces diplococciques décrites dans l'urètre par Janet, Petit, Wassermann, Legrain, pourront peut-être un jour être assimilées à l'entérocoque.

L'écoulement des urétrites à entérocoques est gris sale, visqueux, séreux, moins épais que l'écoulement gonococcique : son abondance est sujette à des variations qui n'obéissent à aucune influence. Les excès de boisson peuvent le rendre plus purulent, mais jamais aussi jaune que l'écoulement gonococcique; il peut être blanchâtre quand l'association de bacilles pseudo-diphtériques fait desquamer la muqueuse. Le début est masqué par l'infection blennorragique, ou bien il est insidieux ; la maladie est d'une ténacité désespérante, rebelle au traitement. D'après Dreyer, la muqueuse urétrale vue à l'urétroscope serait moins rouge que dans la gonorrhée.

L'urétrite à entérocoques peut être : 1° primitive (1 cas); 2° développée chez un ancien blennorragien; 3° consécutive à une blennorragie. Elle ne provoque pas de douleur, mais elle résiste au traitement ordinaire de l'urétrite gonococcique, lavages, dilatations, instillations; ce traitement paraît même très souvent l'aggraver. Le seul traitement qu'on puisse recommander, c'est l'irrigation du canal avec de l'eau bouillie ramenée à 45°, et l'ingestion d'helmitol, d'urotropine, de salol.

L'entérocoque peut provoquer aussi de la funiculite, et de l'épididymite; sa virulence au début de l'infection est bien manifeste, peut-être s'atténue-t-elle à la longue et se conduit-il comme un saprophyte dans la suite. Comme il est un hôte habituel du vagin on s'explique mal la rareté de l'urétrite à entérocoques, il faut admettre qu'il ne se développe que sur un terrain prédisposé ou qu'il présente une virulence spéciale chez certains sujets, ou que ce développement est aidé par l'association d'un autre microbe.

M. DESCHAMPS.

Accidents consécutifs à une injection d'adrénaline dans l'urètre, par JOHNSON (*Journal of American Association*, 1905, n° 15). — Chez un malade auquel on fit une injection d'adrénaline à 1/4.000 dans l'urètre, on observa immédiatement après l'injection un état syncopal accompagné de douleurs et de fourmillements dans tout le corps; cet état aboutit au collapsus complet qui dura trois heures.

M. DESCHAMPS.

Les urines troubles et les fausses cystites, par MONTFORT (*Gazette méd. de Nantes*, 4 nov. 1905). — Certains malades qui ont des mictions fréquentes, douloureuses, et des urines troubles, n'ont cependant que de fausses cystites. Leur urine est troublée soit par des sédiments minéraux, soit par du pus d'origine rénale.

Trois ordres d'affections peuvent provoquer

ce syndrome : 1° Certaines lésions du parenchyme rénal (pyélo-néphrite, tuberculose, etc.) s'accompagnant de pollakiurie et de douleurs urétéro-vésicales d'origine réflexe. Lorsque les urines claires à l'émission deviennent troubles par refroidissement, il s'agit d'urates qui se dissolvent par la chaleur. Quand il y a du pus d'origine rénale on le reconnait par la réaction de Bouchard : l'urine agitée dans un tube avec quelques gouttes de liqueur de Fehling, présente de fines gouttelettes d'air emprisonnées dans un magma nuageux ; en le chauffant doucement, ce magma se condense sous forme de crachat nummulaire flottant à la partie supérieure du liquide; quand le pus est d'origine vésicale le coagulum ne se produit pas, les gouttelettes d'air se dissocient.

2° Les ataxiques, les cérébraux, les médullaires, tous les malades présentant de la pollakiurie d'origine centrale, peuvent simuler la cystite. Les urines sont troublées par des sels minéraux, elles ne contiennent pas de pus. La sensibilité de la vessie à la distension est normale.

3° Certains troubles digestifs, et en particulier la constipation peuvent provoquer des contractions vésicales, sollicitées par des contractions intestinales voisines, ou d'origine congestive par gêne de la circulation dans le système veineux périvésical tributaire des plexus veineux rectaux. Dans ce cas, le trouble des urines est dû à des phosphates qui se dissolvent après addition d'une petite quantité d'acide.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'incontinence nocturne d'urine, par JAMES BURNET (*Treatment*, février 1906). — L'auteur s'élève d'abord contre le traitement routinier de l'incontinence par la belladone; il s'agit d'un symptôme dont il faut chercher la cause pour la combattre. Lorsqu'on n'a trouvé ni cause locale excitante, ni anomalie rectale ou urinaire, en dehors de la constipation et de l'hyperacidité de l'urine, il faut commencer par nettoyer l'intestin en administrant du calomel, de l'huile de ricin ou mieux par un grand lavement d'huile d'olive. On devra ensuite veiller à ce que l'enfant ne reste pas couché sur le dos, mais sur le côté. La question du régime a ensuite une grande importance et l'auteur a constaté que, dans quelques cas, la suppression des farineux est très favorable à la guérison. Cependant, il recommande un régime composé surtout de lait, d'œuf, de poissons et de fruits. Il faut s'abstenir de donner à boire aux enfants deux heures avant d'aller au lit et le repas du soir se composera d'une petite quantité de pain et de lait. Il faut aussi ne pas oublier d'obliger les enfants à vider leur vessie et leur intestin immédiatement avant d'aller au lit.

Le traitement médicamenteux n'offre qu'une importance secondaire eu égard au traitement général. Les meilleurs résultats sont obtenus en donnant la strychnine associée avec la belladone et l'atropine. Cette dernière échoue souvent; mais lorsqu'on y adjoint la strychnine le résultat est souvent très complet et rapide. Dans la plupart des cas, il est prudent de retirer l'enfant de l'école et de faire, soir et matin, des ablutions froides sur la colonne vertébrale et de faire ensuite une vigoureuse friction avec une serviette. Il est utile de continuer le traitement pendant quelque temps après que l'incontinence a cessé.

Un certain nombre de troubles urinaires doivent attirer l'attention; tels sont: la présence de l'acide urique, des urates, du pus, l'existence d'une cystite, de calculs. Chez les filles, on recherchera plus spécialement la vulvo-vaginite et les polypes de l'urèthre. Quant aux végétations adénoïdes et à l'hypertrophie amygdalienne, elles n'ont rien à voir dans l'étiologie de l'incontinence. C'est aussi une erreur de croire que l'incontinence disparaîtra quand on aura pratiqué la circoncision.

Certains médicaments comme l'ergot, l'ergotine, le chloral peuvent être utiles associés aux bromures, surtout dans les cas associés aux terreurs nocturnes. Il n'est pas nécessaire d'introduire une bougie dans l'urèthre, ni de pratiquer une dilatation de la vessie par des injections d'eau chaude; si l'on a recours à l'électricité, on placera un pôle sur la région lombaire, l'autre sur l'hypogastre et on fera passer un courant constant ou un courant faradique ; l'auteur met en doute sa valeur.

Les injections épiducales dans le canal sacré exigent une certaine adresse, elles se font surtout avec une solution saline dont on injecte de 10 à 30 grammes et ne semblent pas avoir été suivies de troubles. Jusqu'à présent, on n'a recueilli que des observations favorables, mais, ici encore l'auteur croit qu'il s'agit d'un effet psychique. Il faut encore attacher une grande importance au surmenage scolaire et, autant que possible, imposer, le repos et conseiller un séjour au bord de la mer pendant les vacances.

L. JUMON.

Les rétentions d'urine chroniques, par LEGUEU (*Journal des Praticiens*, 16 décembre 1905). — Les rétentions d'urine chroniques peuvent être dues à quatre groupes de causes : 1° causes vésicales (sclérose vésicale, paralysie

médullaire); 2° causes urétrales (rétrécissements): 3° causes péri-urétrales (compression extérieure par grossesse, fibrome, kyste etc.); 4° l'hypertrophie de la prostate (hypertrophie du lobe médian, ou compression de l'urètre en lame de sabre par les lobes latéraux hypertrophiés).

Cliniquement, les rétentions peuvent être divisées en trois groupes : 1° rétention incomplète avec distension vésicale; 2° rétention incomplète sans distension vésicale; 3 rétention complète.

1° *Rétention incomplète avec distension vésicale.* — La vessie est pleine d'urine et les malades urinent par regorgement d'une façon continue; ils ont en même temps de l'incontinence et de la polyurie. Il y a des signes d'insuffisance rénale (langue sèche, vomissements, inappétence) la vessie remonte à l'ombilic, l'infection peut s'établir rapidement d'où nécessité d'observer une asepsie rigoureuse : le pronostic est grave, les malades meurent souvent subitement par intoxication.

Il faut vider la vessie progressivement et très lentement, car on risque de voir survenir des hématuries souvent très graves. On sondera deux fois par jour avec une sonde béquille numéro 13 à 15, en retirant seulement à chaque fois 500 grammes d'urine, on injecte à la place 100 grammes d'une solution de nitrate d'argent à 1/000; il faut souvent huit à dix jours pour vider la vessie complètement.

En cas d'hématurie, injecter et laisser dans la vessie 300 grammes d'eau boriquée ou de nitrate pour rétablir la pression.

Ne mettre la sonde à demeure que s'il y a de la fièvre, la maintenir bouchée en l'ouvrant deux ou trois fois par jour en évacuant à chaque fois 500 grammes d'urine.

Nicolich a proposé de pratiquer d'emblée dans ces cas la prostatectomie sus-pubienne chez les prostatiques.

2° *Rétention incomplète sans distension vésicale.* — La vessie contient un résidu de 100 à 150 grammes. Ce résidu s'infecte facilement, soit spontanément, soit par les sondages. Il y a aussi de l'incontinence plutôt diurne chez les rétrécis, plutôt nocturne chez les prostatiques. Il y a aussi de la polyurie : les malades peuvent uriner jusqu'à un litre pendant la nuit. On observe des troubles digestifs dus aussi à l'insuffisance rénale, de la fièvre quand il y a infection.

Le traitement sera celui de la cause, urétrotomie chez les rétrécis, prostatectomie chez les prostatiques. Si le malade est trop faible ou trop vieux on le sondera matin et soir et on lui fera un lavage; si les mictions sont encore trop fréquentes on le sondera trois fois.

3° *Rétention complète d'urine.* On l'observe surtout chez les prostatiques : les malades ne pouvant plus rendre une seule goutte d'urine spontanément se sondent à chaque instant et s'infectent, mais moins rapidement que dans les cas précédents parce qu'il n'y a pas de résidu. Le cathétérisme sera pratiqué très aseptiquement autant de fois qu'il sera nécessaire, et on lavera la vessie deux fois par jour. La prostatectomie fait quelquefois recouvrer au muscle vésical la contractilité qu'il a perdue.

M. DESCHAMPS.

Le choix de l'intervention dans les affections rénales, par le Prof. GUYON (*Cliniques de l'hôpital Necker* 1905). — A propos de deux malades présentant de l'anurie calculeuse, l'A. discute l'intervention. On doit pratiquer dans ce cas la néphrotomie le plus rapidement possible, en se bornant au minimum de shock; on doit simplement inciser le rein, sans s'entêter à rechercher le calcul, on ne l'enlèvera que s'il se présente sous le doigt. L'incision suffit à faire fonctionner le rein s'il est encore en état de fonctionner, elle agit à la fois sur les phénomènes d'intoxication et sur les phénomènes d'infection.

Si le calcul ne se présente pas à l'incision du rein, on remettra sa recherche à plus tard.

Dans les interventions sur le rein, on doit employer l'anesthésie chloroformique : le chloroforme s'élimine par le poumon et non pas par le rein, tout autre anesthésique (scopolamine, morphine, cocaïne, etc...) contribuerait à altérer davantage le rein en l'obligeant à éliminer un surcroît de produits toxiques.

M. DESCHAMPS.

Pyélonéphrite de la grossesse, par CUMSTON (*Journal of Obst. and Gyn. of British Emp.*, octobre 1905). — Le traitement de la pyélonéphrite de la grossesse doit être surtout médical dans la plupart des cas. Quelquefois il y aura indication à interrompre prématurément la grossesse. Plus rarement on sera obligé en dernière ressource de recourir à la néphrotomie. D'ailleurs, d'une façon générale, le traitement médical et au besoin l'intervention obstétricale suffiront à enrayer les accidents : les autres cas sont d'un pronostic très sévère, la seule observation citée par l'auteur dans laquelle fut pratiquée la néphrotomie se termina par la mort de l'opérée.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie,

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Importance de l'infection pour le nouveau-né et le nourrisson, par SALGE (*Berl. klin. Wochenschrift*, 5 mars 1906). — Les portes d'entrée principales de l'infection pour le nouveau-né sont le nombril et la bouche. Pour la plaie ombilicale, c'est l'alcool à 80-90 p. 100 qui paraît le topique le plus avantageux, car il empêche le cordon de devenir un milieu de culture pour les microbes pathogènes.

Pour la bouche, il faut éviter de l'essuyer sans précautions minutieuses. Le coryza doit, d'un autre côté, être traité avec énergie, par des insufflations de poudres de sozoïodolate de soude à 50 p. 100 par exemple. L'adrénaline rendra aussi des services en badigeonnages.

La furonculose, affection grave chez le nouveau-né, exige l'emploi de bains au permanganate de potasse ou au tannin à 1 p. 1000. Les pansements se feront avec une solution de formol à 1 p. 1000.

E. VOGT.

Le régime des nourrissons dyspeptiques, par FERRIEN (*Journal des Praticiens*, 3 mars 1906). — Lorsque le lait n'est pas très bien toléré, l'emploi des farineux peut rendre de grands services, mais il faut arriver à en faire tolérer une quantité suffisante, et pour cela, il faut faire subir à ces farines des modifications au moyen de la diastase du malt, qui présente certaines analogies avec les diastases des sucs salivaire et pancréatique.

Les avantages du maltosage se démontrent par le fait que des jeunes enfants périclitant avec n'importe quelle autre alimentation sont améliorés ; d'autre part, si on supprime le maltosage sans précautions, les troubles dyspeptiques réapparaissent. Il arrive aussi que ces troubles se manifestent quand on commet une erreur de technique, telle qu'une cuisson insuffisante des bouillies avant l'adjonction de malt, ou l'emploi d'un malt trop vieux : ce dernier s'altère par l'humidité, par une acidité ou une alcalinité trop grande du milieu.

Les malto-dextrines commencent à se former aux environs de 60° ; au-dessous, on obtient du maltose pur : on peut pour ainsi dire obtenir autant de variétés de bouillies diastasées que de procédés de maltosage. En tout cas on cherchera toujours à éviter la saccharification et à obtenir la liquéfaction : la température optima est 80°, et les résultats les meilleurs sont obtenus quand on extrait au préalable la diastase par infusion, la température de cette infusion devant rester constante entre 55 et 60°.

En résumé, il n'y a aucun intérêt à pousser trop loin la transformation de l'amidon : autant la liquéfaction est pleine d'avantages, autant la saccharification qui l'accompagne offre souvent d'inconvénients.

Ce travail contient de nombreux détails techniques qu'il est difficile d'analyser ; nous y renvoyons le lecteur.

E. VOGT.

Suralimentation des enfants en bas âge. (*Soc. méd. de Berlin* 28 février 1906). — HAUSER fait ressortir que dans les classes aisées de la société on pêche par excès dans l'alimentation des enfants : les parents ont pour ambition d'avoir un enfant aussi florissant que possible, et ne s'inquiètent que de l'augmentation de son poids. Or, il est curieux de constater qu'au moment de l'adolescence, ces enfants trop bien nourris se développent moins bien que d'autres qui, au cours du premier âge, n'avaient pas la même apparence de robuste santé. La suralimentation provoque à la longue un surmenage du tube digestif, des dermatoses, de l'anémie, sans doute par suite d'une auto-intoxication.

L'orateur conseille de faire campagne dans le sens d'une restriction de l'alimentation des enfants dans les familles aisées

E. VOGT.

Emploi des lavements d'huile dans la constipation chronique des nourrissons, par WUNSCH (*Deutsche med. Wochenschrift* 15 mars 1906). — L'auteur estime que les moyens usuels, le massage bien fait excepté, irritent souvent l'intestin du nourrisson et n'ont fréquemment qu'un effet transitoire. Il n'en est pas de même avec les lavements d'huile, dont on injecte deux petits ballons l'un après l'autre. (La capacité de ces ballons n'est pas indiquée.) La constipation cède bientôt : dans une observation citée, elle disparut définitivement après la troisième intervention.

E. VOGT.

Prophylaxie et traitement du rhumatisme chez l'enfant, par CRANDALL (*Medical Record*, 17 février 1906). — La prophylaxie joue un rôle important dans le traitement du rhumatisme. L'enfant rhumatisant doit porter de la flanelle en tout temps, même en été. Les bains tièdes et frais doivent être donnés plus régulièrement qu'à un enfant normal. L'auteur

s'élève contre la coutume qui laisse les jambes nues aux enfants. La gorge doit être l'objet de soins particuliers, les végétations adénoïdes et les amygdales volumineuses doivent être enlevées car la gorge est une des portes d'entrée les plus communes de l'infection rhumatismale. L'exercice et la vie au grand air doivent être l'objet d'une attention spéciale. Les enfants à tendance rhumatismale doivent éviter de sortir par les vents humides, sans néanmoins les priver d'exercice. Les parents doivent être pénétrés de l'importance qu'il y a à consulter pour leurs enfants, le médecin à chaque attaque de douleurs articulaires, d'amygdalite, d'influenza, etc. Les enfants se trouvent bien au bord de la mer pendant l'été, ils ne se trouvent pas aussi bien dans les montagnes à des altitudes trop élevées. On évitera les vallées humides, le voisinage des lacs et des marais. L'enfant rhumatisant demande plus souvent que d'autres à être soumis à un traitement tonique. Il devient souvent anémique et il convient de lui donner des ferrugineux. L'huile de foie de morue est également indiquée. L'alimentation, l'exercice, l'huile de foie de morue et le fer sont les moyens préventifs les meilleurs chez les enfants rhumatisants. S'il est déjà survenu une récidive de rhumatisme, il faut prescrire le salicylate de soude aux doses de 0 gr. 20 à 0 gr. 30, trois fois par jour, pendant une ou deux semaines par mois pendant un certain temps.

L. JUMON.

Traitement médicinal du rhumatisme chez les enfants, par WILLIAM SHANNON (*Med. Rec.*, 17 février 1906). — Au début de l'attaque, l'auteur recommande une dose de calomel suivie d'une purgation saline, qui a pour effet de nettoyer le tube digestif, d'agir comme cholagogue et de combattre les symptômes cérébraux du salicylate. Celui-ci est encore regardé comme le meilleur médicament contre tous les types du rhumatisme. Néanmoins, il n'exerce pas d'influence permanente sur la diathèse rhumatismale. Le salicylate de soude est la préparation qui a donné les résultats les plus satisfaisants. On doit le donner à jeun, mais dans quelques cas il est mieux supporté après les repas. A un enfant de cinq à dix ans on peut donner de 0,20 à 0,30 centigrammes toutes les trois heures, jusqu'à ce qu'il survienne une amélioration marquée dans les symptômes, ce qui arrive en général au bout de douze à trente-six heures. On peut continuer les mêmes doses pendant quatre ou cinq jours. A ce traitement l'auteur ajoute de la poudre de rhubarbe, puis du bicarbonate de soude à la dose de 0,60 à 1 gr. 20, trois fois par jour avant le repas. On a ainsi de meilleurs résultats qu'avec le salicylate seul.

La rhubarbe et le bicarbonate de soude sont continués après qu'on a cessé le salicylate. Si l'endocardite accompagne les autres symptômes, le salicylate n'est pas contre-indiqué. La poudre de Dover ou une injection de morphine assurent le sommeil quand il est troublé.

Aucun médicament ne peut protéger le cœur aussi bien que le repos absolu. La péricardite et la pleurésie demandent le même traitement. Après la période aiguë, le fer et les iodures sont indiqués pour amener la résorption des exsudats. Les salicylates sont les meilleurs remèdes contre l'amygdalite rhumatismale. L'acétanilide et le citrate de caféine calment les douleurs qui l'accompagnent. L'arsenic et le fer seront prescrits après le salicylate dans le purpura rhumastimal. Enfin, la teinture d'opium et d'aconit appliquée sur les articulations procure une atténuation des douleurs.

L. JUMON.

La pseudo-urémie de l'enfance, par W. HALL BIRCHMORE (*Med. Rec.*, 27 janv. 1906). — L'auteur a observé depuis vingt-trois ans un certain nombre de cas présentant des symptômes urémiques, mais qui en réalité se rattachent à une autre cause que l'urémie. L'affection se traduit par un état comateux précédé d'une céphalalgie intense. Le pouls est lent et faible, la respiration rare et superficielle, la température élevée à 39°, les pupilles sont contractées et immobiles. Cependant l'absence d'albumine semble exclure l'urémie. Le syndrome a une ressemblance étroite avec l'empoisonnement par la muscarine.

Dans tous les cas l'auteur a commencé par faire une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine pour stimuler le centre respiratoire, puis une injection de strophantine. La réaction a commencé au bout de quelques minutes. Aussitôt que les malades ont pu se lever, on leur a donné une purgation saline effervescente. En général tous les accidents ont disparu après l'effet purgatif. Dans un cas seulement l'état léthargique a persisté à un certain degré pendant dix heures.

Dans un certain nombre de cas, l'intoxication est chronique et l'enfant devient de plus en plus somnolent, l'état s'aggrave et la mort survient subitement pendant le sommeil, quelquefois sans qu'un médecin ait été appelé. L'urine contient habituellement de l'albumine ainsi que de l'indican. Le nitrate de strychnine, la strophantine et l'atropine sont ici les meil-

leures armes. Dans quelques cas de faibles doses de calomel, répétées toutes les heures jusqu'à effet purgatif, semblent avoir donné des résultats très satisfaisants. La température est beaucoup moins élevée que dans les cas aigus et ne dépasse pas 38°. Enfin, comme moyen préventif, on devra surtout observer le régime de l'enfant et en formuler exactement les indications.

L. JUMON.

Les calculs de la vessie chez l'enfant, par BOUSSON (*La clinique des hôp. de Bruxelles*, septembre 1905). — Les calculs de la vessie chez l'enfant sont surtout composés d'oxalates ou d'acide oxalique, souvent associés à l'acide urique et aux urates, quelquefois enveloppés de phosphates.

Les enfants pauvres sont surtout atteints à cause de l'abus de l'alimentation végétale; chez les enfants riches les calculs d'oxalates peuvent se développer aux dépens de l'acide urique par défaut ou par excès d'oxydation des aliments azotés (Claude Bernard), ou bien, d'après Furbringer, l'oxalurie pourrait se produire, soit par un trouble de la fonction du grand sympathique, soit par une transformation des acides organiques en acide oxalique sous l'influence de certains microbes intestinaux.

Les calculs sont plus fréquents chez le garçon, ils font ordinairement saillie dans la portion initiale de l'urètre qui à cet âge se continue directement avec la vessie, à cause de l'absence de développement de la prostate; le col étant largement dilaté, le calcul s'y engage facilement.

Les symptômes n'apparaissent que tardivement: incontinence d'urine, mictions augmentées de fréquence, pénibles et douloureuses, pesanteur au périnée, brusque interruption du jet. La douleur est souvent localisée au niveau du méat, ce qui fait que l'enfant se tiraille la verge; elle s'irradie quelquefois au rectum, la défécation est souvent douloureuse. La cystite s'établit à la longue par congestion et infection de la muqueuse.

Le calcul est senti avec l'explorateur à boule, ou l'explorateur métallique; on le sent aussi assez facilement par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique à cause du très petit volume de la prostate, et de la situation vésico-prostatique du calcul. C'est l'exploration qui fera faire le diagnostic avec la tuberculose vésicale et les tumeurs de la vessie: l'inoculation au cobaye pourra aussi renseigner dans les cas suspects de tuberculose.

La lithotritie n'est pas à conseiller à cause de l'étroitesse de l'urètre et de la vessie qui permettent difficilement les manœuvres de prise, et aussi à cause de la dureté des calculs oxalatiques. Le traitement de choix est la taille sus-pubienne qui permet d'y voir clair, et qui met à l'abri du rétrécissement ultérieur de l'urètre, souvent consécutif à la taille périnéale.

M. DESCHAMPS.

Pharmacologie,

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Le chloral, par IDE (*Rev. méd. de Louvain*, 15 mars 1906). — L'auteur estime que l'on a trop mis les médecins en garde contre l'emploi du chloral dans les affections cardiaques, car les malades qui en sont atteints ont grand besoin de sommeil, et une nuit d'insomnie suffit souvent pour bouleverser profondément leur circulation.

On s'est basé sur des expériences physiologiques pour admettre que le chloral abaisse la tension sanguine; mais, comme le sommeil par lui-même provoque un abaissement de cette tension, il est difficile de délimiter si c'est au médicament ou au sommeil qu'il faut attribuer cette baisse. Du reste, une fois l'animal endormi, on peut augmenter la dose de chloral sans influencer davantage la tension carotidienne. Enfin, dans la mort par le chloral, aussi bien chez les animaux que chez l'homme, le cœur bat régulièrement alors que la cyanose est déjà mortelle : c'est l'asphyxie qui tue le sujet.

E. VOGT.

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique général, par MC CARDIE (*The Brit. med. J.*, 17 mars 1906). — Le chlorure et le bromure d'éthyle tiennent un rang intermédiaire entre le protoxyde d'azote, qui est un anesthésique faible, et d'autre part le chloroforme et l'éther. Pour connaître la valeur d'un anesthésique il est nécessaire de le comparer avec les autres au point de vue des dangers qu'il offre. En réunissant les statistiques connues à ses chiffres personnels, l'auteur a trouvé un cas de mort pour 3000 à l'hôpital et un cas de mort sur 700 dans la pratique privée. Au point de vue pratique on peut dire que le chlorure d'éthyle est au protoxyde d'azote ce que le chloroforme est à l'éther. Le chlorure d'éthyle est relativement inoffensif chez les enfants et son emploi est avantageux dans les opérations de courte durée,

comme dans l'ablation des végétations adénoïdes et des amygdales.

L'auteur recommande l'emploi du chlorure d'éthyle pour commencer l'anesthésie par l'éther, on supprime ainsi l'excitation et la cyanose. On peut l'employer seul pour les opérations ne durant que cinq à dix minutes. Son emploi facilite souvent les examens gynécologiques, les opérations sur les yeux et l'oreille. La plupart des cas malheureux ont été observés pendant les opérations dentaires où on emploie le chlorure d'éthyle très largement, aussi est-il préférable ici de recourir au protoxyde d'azote.

On aura cependant recours au chlorure d'éthyle lorsque les patients supportent mal le protoxyde, chez des sujets alcooliques, hystériques, pour quelques cas de trismus et surtout chez les petits enfants jusqu'à l'âge de huit ans. Lorsque l'opération doit être d'une certaine durée il est utile d'employer le masque qui sert pour l'éther, parce qu'on peut être amené à continuer l'anesthésie avec ce dernier. Dans la plupart des cas il faudra insérer un bouchon entre les dents en cas que la constriction des mâchoires se produise. Il n'est pas prudent de faire suivre l'anesthésie par le chlorure d'éthyle d'inhalations chloroformiques, à moins qu'il ne s'agisse d'une anesthésie légère. La dépression respiratoire et circulatoire qui accompagne la chloroformisation peut être ici dangereuse. On devra éviter d'employer le chlorure d'éthyle lorsqu'il existe des obstacles à la respiration situés dans les poumons ou dans les voies aériennes, surtout dans le larynx.

Le chlorure d'éthyle ne semble pas influencer les reins, il n'y a donc pas de contre-indications à signaler de ce côté; mais si l'on peut diagnostiquer une dégénérescence graisseuse du cœur, il sera mieux de recourir au protoxyde d'azote ou à l'éther. En résumé on emploiera le chlorure d'éthyle comme anesthésique général dans les cas où l'on ne peut recourir au protoxyde d'azote et où l'éther et le chloroforme ne sont pas nécessaires pour la profondeur et la durée de l'anesthésie qu'ils donnent.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

IIe Congrès de l'Association Internationale de la Presse médicale. — Le IIe Congrès de l'Association internationale de la Presse médicale s'ouvrira à Lisbonne le mardi 17 avril 1906, à 10 heures du matin, dans les locaux de la nouvelle Ecole de Médecine, sous la présidence de M. le Dr Cortezo, sénateur, président de l'Association.

Le Congrès durera deux jours.

Tous les membres de l'Association internationale ont le droit d'assister aux séances et de prendre part aux discussions. Mais ils doivent préalablement être inscrits comme membres du Congrès international de médecine, et, en adressant leur cotisation à cet effet, au Pr Bombarda (Nuova Scola medica, Lisbonne), spécifier qu'ils s'inscrivent pour assister au Congrès de l'Association. Une carte spéciale leur sera alors réservée, soit qu'elle leur soit renvoyée directement en réponse à leur adhésion, soit qu'elle leur soit remise à Lisbonne, dans les locaux du Congrès, à partir du 17 avril.

Ceux des membres de l'Association qui ont déjà envoyé leur adhésion au Congrès de Médecine et acquitté leur cotisation, n'ont qu'à informer par lettre M. le Pr Bombarda de leur désir d'assister au Congrès de l'Association internationale.

L'ordre du jour comporte, dès à présent, plusieurs questions d'ordre professionnel :

La protection de la propriété littéraire dans la Presse médicale. — Les limites du journalisme médical. — Les journaux médicaux et pharmaceutiques gratuits. — La publicité intérieure (dans le texte). — Création d'un Bureau international permanent des Congrès médicaux. — Obtention pour les journaux médicaux, membres de l'Association, de droits égaux à ceux des membres des Congrès, sans qu'une cotisation de congressiste soit exigible, etc.

Tout membre qui désirerait faire une communication au Congrès doit en informer avant le 8 avril, dernière limite, le Dr Blondel, secrétaire général (Paris, 103, boulevard Haussmann), et lui adresser le titre et, si possible, le résumé de sa communication.

Il sera procédé statutairement au renouvellement du Bureau.

L'Annuaire de l'Association internationale sera remis gratuitement aux membres de l'Association présents à Lisbonne. Les autres le recevront sur demande adressée au secrétaire général, accompagnée de l'avance des frais d'envoi.

Saint-Antoine. — RADIOLOGIE MÉDICALE : Cours de vacances, par le docteur A. BÉCLÈRE, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 8 avril au samedi 14 avril.

Matin : 10 heures. — Enseignement des notions theoriques et techniques indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin : 11 heures. — Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et de l'estomac.

Soir : 2 heures. — Exercices pratiques de radiographie simple et stéréoscopique des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine. Il commencera le *dimanche 8 avril à 10 heures du matin*, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 9 avril, dans le laboratoire du Dr BÉCLÈRE. (*En raison du nombre forcément très restreint des personnes qui pourront participer à la fois, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.*)

Légion d'honneur. — *Chevaliers.* — MM. Brumpt, Turquet, Gourdon, à Paris.

Distinctions honorifiques — *Officiers d'Académie.* — MM. les Drs Barrault, Bernard, Blandamour, Blondin, Cattier, Courtellier, Bommartin, Faucillon, Forestier, Jahan, Julhiet, Kieffer, Landais, Lehmann, Lévy Bing, Pauly, Puech, Mme Ragu née Iscovesco, Mlle Roussel, MM. Santa-Maria, Silva, Soulé, Tison, Vignat, Vilenski, Vimont, Weil, Wurtz, à Paris; Aubin à Marans (Charente-Inférieure); Aules, à Saillons (Drôme); Azalbert, à Caunes-Minervois (Aude): Castaneda de Campos, à Pontoise; Chandoye, à Tebessa; Clause, à Clermont-en-Argonne (Meuse); Calandre, à Egliseneuve-d'Entraigue (Puy-de-Dôme); Daniel, à Mila (Constantine); Daumy, à Saint-Eloy-les-Mines (Puy-de-Dôme); Denoix, à Narbonne; Dubarry, à Tarbes; Fraskin à Argelès-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées); Galangau, à Cerbères (Pyrénées-Orientales); Gérin, à Bordj-bou-Arréridj (Algérie); Gouez, à Plougastel-Daoulas (Finistère); Guiffault, à la Mothe-Saint-Héray (Deux-Sèvres); Guiol, à Hyères (Var); Hugues, aux Arcs (Var); Jourdan, à Thônes (Haute-Savoie); Lamand, à Haspres (Nord); Laugier, à Bar-sur-Loup (Alpes-Maritimes): Laurent, à Vitrey (Haute-Saône); Leoncini, Lions, Malausséna, à Nice; Mallet, à Tournon (Seine-et-Marne); Marion, à Digne; Martial, à Paulhaguet (Haute-Loire); Maugard, à la Roche-sur-Yon; Meyer, à Nancy; Petit à Montereau (Seine-et-Marne); Picarel, à Villeneuve-les-Corbières (Aude); Pitti-Ferrandi, à Pietradi Verdi (Corse); Pothet, au Perreux (Seine); Rabuzon, à Romorantin; Raulet, à Aumale (Seine-Inférieure); Reymondon, à Chambéry; Robert, à Constantine; Roger, à Laurens (Herault); Rousseau, à Brest; Rouvier, à Voiron (Isère); Roux, à Nice; Roux, à Marseille; Saramito, à Sospel (Alpes-Maritimes); Springer, à Alençon; Truflet, à Seyssel (Ain); Dietrick, à Sidi-bel-Abbès (Oran); Violettes, à Montargis; Requaviva, à Marseille; Odinet, à Paris.

MÉRITE AGRICOLE. — *Officiers.* — MM. d'Arsonval, Bordas, à Paris.

Chevaliers. — MM. Guillet, Hébert, Vitalien, à Paris; Rivet, médecin-major; Legrand, à Montauban; Hugues (d'Alger) et H.-L. Robert (médecin-militaire).

BIBLIOGRAPHIE

La Bibliothèque du Doctorat en Médecine, GILBERT et FOURNIER. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille à Paris.

La somme des connaissances exigées aujourd'hui de l'étudiant en médecine pour l'obtention du titre de docteur est considerable. Aussi, de plus en plus, l'etudiant a-t-il besoin, a côté des cours oraux et des travaux pratiques qu'il trouve a l'école, de leur auxilaire indispensable, le livre. La nécessite, pour l'enseignement médical, de mettre au point, d'ordonner et de condenser les innombrables travaux de ces dernières années est la raison d'être du prodigieux essor de la librairie médicale actuelle. Il n'existait pas, cependant, une collection d'ouvrages correspondant exactement au programme imposé aux étudiants en médecine composant TOUTES les matières et RIEN QUE les matieres du doctorat en médecine.

La collection du Précis dont la librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils entreprend la publication, sous l'habile direction du professeur Gilbert, sont en réalité des œuvres originales où ceux-là mêmes qui enseignent les diverses branches des sciences médicales aux étudiants

de la Faculté de médecine de Paris résument, pour le plus grand profit des étudiants, leur cours, fruit d'une expérience réfléchie. Ils sont conçus dans un esprit essentiellement utilitaire : pas d'historique ni de bibliographie, pas de théorie, beaucoup de pratique.

On ne saurait donc trop louer le Dr Gilbert, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, et le Dr L. Fournier, médecin des hôpitaux, ancien chef de clinique de la Faculté, d'avoir entrepris de présenter à ceux qui se destinent à la profession médicale une collection d'ouvrages qui fussent comme le développement naturel des programmes imposés par la Faculté.

La « Bibliothèque du Doctorat » comprendra trente volumes ; les étudiants en médecine y trouveront développées toutes les matières de leur programme. Grâce à l'autorité du directeur, cette Bibliothèque formera un tout *homogène* répondant à un plan mûrement réfléchi ; grâce au choix des collaborateurs, comprenant *quinze professeurs agrégés de la Faculté de médecine de Paris*, elle reflètera exactement l'enseignement actuel de la Faculté de médecine de Paris.

De leur côté les éditeurs, MM. J.-B. Baillière, n'ont rien négligé pour que la « Bibliothèque du Doctorat » se présentât sous un aspect agréable, capable de satisfaire les bibliophiles les plus délicats, et pour qu'aucun reproche ne pût se justifier tant au point de vue de l'impression du texte imprimé en caractères neufs sur papier satin, que de la reproduction des figures reproduites par des procédés des plus perfectionnés. Enfin elle se présente sous un élégant cartonnage souple, rouge et blanc et au prix très modique de 8 à 12 francs le volume. Elle paraîtra très rapidement à raison d'un volume au moins par mois.

Le *Précis de médecine légale*, qui est en vente (Prix : 8 fr.) est dû à M. le Dr Balthazard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (1 vol. petit in-8 de 408 pages avec 39 figures et 2 planches coloriées, cartonné).

Paraîtront, en mars et avril, le *Précis d'histologie*, par le Dr Branca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et le *Précis de physique biologique* par le Dr A. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Le péril vénérien par LABIT (H.) et POLIN (H.) Médecins principaux de l'Armée, Lauréats de l'Académie de Médecine. — Petit in-8 (19×12) de 192 pages. (*Encyclopédie scientifique des Aide Mémoire.*) Masson et Cie, Éditeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, à Paris. Broché 2 fr. 50, cartonné 3 fr.

Dans ce volume qui est, avant tout, un ouvrage de vulgarisation, et qu'une Préface du professeur Fournier présente au public, MM. Labit et Polin ont réuni sous une forme simple, claire et concise, les notions les plus importantes au sujet des symptômes, des complications, des conséquences immédiates et éloignées, des manifestations héréditaires, de l'étiologie et de la prophylaxie individuelle et sociale des maladies vénériennes. L'ignorance qui règne encore, actuellement même parmi les personnes appartenant au public éclairé, à l'égard de ces maladies dont la fréquence croissante et les méfaits de plus en plus apparents mettent en péril l'avenir de la société et de l'espèce et préoccupent, à juste titre, les hygiénistes, les sociologues et les philanthropes, justifie la tentative des auteurs. Faire connaître un danger et s'efforcer d'en préciser les formes, c'est en entreprendre, du même coup, la prophylaxie. Le livre de MM. Polin et Labit est assez documenté pour répondre au but des aide-mémoire et assez simple dans sa forme pour que les personnes étrangères à la profession médicale y puisent d'utiles enseignements. Il paraît donc appelé à rendre de réels services.

Réalité du péril vénérien, conséquences des maladies vénériennes pour l'individu, la famille, la société, l'espèce, la race ; leur étiologie ; leur prophylaxie individuelle et sociale, telles sont les principales têtes de Chapitres de cet aide-mémoire où les auteurs se sont abstenus de toute discussion scientifique pour ne retenir que des faits tels qu'ils sont connus dans l'état actuel de la Science.

L'otite moyenne purulente et son traitement. par le Dr G. LAURENS, assistant d'otorhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. 1 vol. in 18 de 200 pages, avec figures : 2 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillère et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le livre du Dr Laurens, ne s'adresse pas au spécialiste, mais au médecin praticien en vue duquel il a été conçu et écrit. Faisant abstraction de toute idée théorique et doctrinale, il décrit l'otite moyenne purulente aiguë dans tous ses minutieux détails de pratique courante et urgente.

Le praticien y trouvera exposés :

1° Les raisons qui nécessitent le traitement de cette affection, tirées à la fois de la fonction auditive et de la fonction vitale ;

2° Une courte description anatomique de la région où se développe l'otite purulente : c'est-à-dire l'abcès chaud, le phlegmon de la caisse.

3° Les causes d'infection de l'oreille moyenne ;

4° La traduction clinique de son abcès ;

5° Les moyens de le reconnaître ;

6° Les procédés de traitement : traitement préventif, traitement curatif, traitement de certains troubles consécutifs à l'otite, traitement des complications.

Apprendre au praticien à voir un tympan, à interpréter son aspect morphologique, à poser un diagnostic, à établir une indication thérapeutique : tel est le but que l'auteur s'est proposé dans cet opuscule.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Recherches sur l'alimentation des phtisiques, par Albert ROBIN et Maurice BINET. — *La viande crue.* — Sous l'influence de rations croissantes de viande crue, superposées à une alimentation identique chez tous les sujets, les échanges respiratoires des phtisiques subissent les variations inscrites dans le tableau ci-dessous en pourcentage d'augmentation ou de diminution.

Moyennes générales des variations des échanges respiratoires sous l'influence des rations croissantes de viande crue :

	CO^2 P. 100	O^2 P. 100	ECHANGES TOTAUX P. 100
Ration de 100 grammes (1).....	— 5,88	— 4,65	— 5,18
— 150 —	— 5,54	— 14,15	— 10,29
— 200 —	+ 5,04	+ 10,21	— 7,83
— 250 —	+ 10,24	+ 17,36	+ 12,61
— 300 —	+ 24,60	+ 23,02	+ 23,69
— 350 —	+ 23,42	+ 17,63	+ 20,62
— 640 — après 10 jours.	+ 26,99	+ 30,62	+ 29,07
— 640 — après 20 jours.	+ 22,77	+ 22,73	+ 22,75

Par conséquent jusqu'à la ration de 150 grammes la viande crue fait baisser les échanges respiratoires. A partir de la ration de 200 grammes ces échanges augmentent, sauf quelques exceptions, presque parallèlement à la ration ingérée.

La conclusion pratique qui découle de ces recherches est qu'on dépasse souvent le but, en suralimentant outre mesure, le tuberculeux avec de la viande crue, et qu'il faut se limiter à la ration optime de 150 grammes par jour en trois doses de 50 grammes sous peine de voir l'excès d'alimentation carnée créer et entretenir dans les tissus du phtisique une stimulation des échanges qui est déjà l'un des éléments morbides essentiels de leur maladie.

Et quand l'état de l'appétit et des fonctions digestives du malade paraîtront légitimer l'emploi de rations plus fortes, il ne faudra pas les consulter avant de s'être assuré qu'elles n'exaspèrent les échanges respiratoires.

Nous sommes donc autorisés à signaler au moins l'un des dangers qu'il y a à donner de grandes rations de viande aux phtisiques dont il faut modérer et non stimuler les échanges respiratoires, tout en parant aux besoins de l'intense activité du métabolisme qui est leur apanage.

2° *Les œufs.* — On ajoute douze œufs crus par jour à l'alimentation d'un phtisique ; les échanges respiratoires totaux augmentent de 13,75 p. 100 ; l'acide carbonique formé de 20,84 p. 100 ; l'oxygène consommé total de 8,78 p. 100.

Si l'on restreint le nombre des œufs à six, la totalité des échanges respiratoires s'abaisse de 20,35 p. 100, l'acide carbonique formé de 13.27 p. 100, l'oxygène total consommé de 25,34 p. 100. Comme le malade a pris du poids, aussi bien avec six œufs qu'avec douze, et que son état général a été aussi bon dans une des périodes que dans l'autre, il paraît bien fondé de considérer le nombre de six œufs par jour comme suffisant puisque, sans profit sensible pour le malade, un nombre d'œufs plus élevé accroît les échanges respiratoires.

(1) Moyenne de tous les cas.

3° *La gélatine.* — Chez les phtisiques, la superposition à une alimentation hospitalière réglée, de 20 grammes de gélatine par jour, diminue assez rapidement les échanges respiratoires. La diminution atteint de 10 à 18 p. 100 de leur totalité.

Cette *action d'épargne* ne se manifeste qu'à la condition que la gélatine soit prise régulièrement et que la dose ingérée soit bien tolérée, et ne provoque ni dégoût, ni troubles digestifs.

Il ne faut pas donner une trop grande ration de viande crue aux phtisiques qui prennent de la gélatine, sous peine de voir s'atténuer l'action restrictive de celle-ci sur les échanges respiratoires.

Au contraire, avec une ration quotidienne de 100 à 150 grammes de viande crue, au plus, l'atténuation des échanges, et par conséquent l'action d'épargne de la gélatine, continue à se manifester et s'accentue même dans une faible mesure.

Ces faits justifient l'introduction de la gélatine ou des aliments gélatineux dans l'alimentation des phtisiques. (*Congrès international de la Tuberculose.*)

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement.
Par le Dr **F. Lagrange**.
volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... 6 fr.

LE DIABETE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 volume in-8°..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par Allyre CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
vol. grand in-8°, avec gravures..... 10 fr.

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE
(MANIFESTATIONS ET CHIRURGIE)
Par le Dr H. DURET
Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.
Un fort vol. gr. in-8 de 800 pages, avec 297 fig. dans le texte..... 20 fr.

ESSAI SUR LA PUBERTÉ CHEZ LA FEMME
ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE FÉMININE
Par le docteur Marthe FRANCILLON
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
1 volume in-16 de la *Collection médicale*, cartonné..... 4 fr.

INTRODUCTION A LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE
Par le même
1 fort volume grand in-8 avec figures..... 15 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

CHIRURGIE CONSERVATRICE

par le Dr S. ARTAULT DE VEVEY.

ex Préparateur des Travaux pratiques de la Faculté de Paris.

(*Suite*) (1).

« Il n'y a pas d'autre alternative, pour celui qui affirme sa croyance, que de passer pour un ignorant ou un spéculateur... Ceux qui ne croient à rien sont seuls les sages et les purs! »

AMÉDÉE LATOUR.

VII

Traitement et guérison de la lithiase biliaire par l'acide oléique.

C'est dans ce journal que je publiai, en 1901, mes premières observations de traitement de la colique hépatique et de la lithiase biliaire par l'acide oléique (2). Depuis cette époque l'usage de ce médicament s'est généralisé, tous les médecins qui l'ont essayé sont unanimes à en vanter l'efficacité. Il est donc juste que j'y revienne aujourd'hui pour apporter de nouvelles contributions à l'étude de cette question.

Mais je dois avant tout justifier sa présence dans cette série de chirurgie conservatrice, car la colique hépatique n'a rien en soi d'une affection chirurgicale; seulement elle est la manifestation de la lithiase qui elle, au contraire, est devenue justiciable des grandes interventions, presqu'au même titre que les hémorroïdes. Or j'ai montré (3) jadis la

(1) Voir : *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, nos des 15 novembre 1902, 15 janvier, 15 mars, 1er juin 1903, 15 janvier 1905.

(2) ARTAULT DE VEVEY, L'acide oléique dans la colique hépatique, même revue, 1er septembre 1901.

(3) ARTAULT DE VEVEY, La teinture de marrons d'Inde dans les affections du petit bassin, *Revue de thérap. méd. chir.*, 1er juin 1903, p. 364.

possibilité de guérir ces dernières par des moyens médicaux, dans la majorité des cas; je me suis donc cru autorisé à joindre à cette série d'études thérapeutiques, *presque exclusivement personnelles*, un traitement médical original de la lithiase biliaire et de ses manifestations les plus pénibles.

Je sais qu'il peut paraître outrecuidant, en l'état actuel de l'esprit scientifique français officiel, médical et autres, étant indépendant, d'oser à ce titre parler de ses propres travaux; mais on m'accordera bien que je n'occupe pas trop souvent la scène des sociétés savantes, et que je n'inonde pas de ma prose nos Revues; je m'efforce toujours de ne publier que des travaux mis au point, et si j'ai moins souvent la satisfaction de voir citer mon nom, j'ai en tout cas conscience de chercher à rendre service à mes confrères et à leurs malades. Aussi bien, n'eussé-je ainsi évité les risques d'une opération qu'à un malade ou deux de chaque série, ce serait pour moi la plus soulageante justification.

La lithiase biliaire est donc devenue aujourd'hui une affection chirurgicale. Elle semble l'être exclusivement en Amérique; les médecins allemands imitent les Américains et les Français imitent les Allemands. On pratique partout les laparotomies presque par dilettantisme; certes l'impunité de l'asepsie justifie bien des audaces, mais que nous restera-t-il bientôt à nous autres simples et pâles médecins, si nos rutilants confrères mettent à tout propos nos malades en morceaux? Si encore ils nous en laissaient les meilleurs... Heureusement il y a encore des malades timorés et des médecins prudents, capables même de faire des diagnostics à l'aide de la vieille clinique et de rappeler à temps les indications précises des interventions. Aussi bien faudra-t-il toujours compter avec cette arme négligée, le jugement, qui vaut souvent le fer brutal pour dénouer les nœuds gordiens, et aussi avec la vieille thérapeutique naturelle, que je m'efforce de rajeunir et de rappeler de temps en temps au souvenir des praticiens. C'est à ce titre que je défends le traitement médical de la cholélithiase, en dépit des déclarations faites encore récemment à la Société médicale des hôpitaux. D'ailleurs les faits ont aussi leur éloquence, et si j'en juge par les lettres de médecins qui m'ont confirmé les bons effets de l'acide oléique contre les coliques hépatiques, je vois que c'est aujourd'hui un remède connu et un de plus à qui j'aurai acquis droit de cité définitif dans les officines.

On sait que la plupart des chirurgiens admettent qu'il faut opérer dans la lithiase biliaire quand une crise dure plus de vingt-quatre heures; quand elles se répètent, ne semblant pas vouloir céder aux moyens ordinaires; quand l'ictère persiste longtemps après les accès; quand il y a de la fièvre, ce qui peut indiquer une suppuration; quand il existe une fistule biliaire.

A part cette dernière éventualité, que je n'ai pas encore rencontrée, et qui implique naturellement une intervention, toutes les autres indications sont celles de l'acide oléique, comme on peut le voir dans les quelques observations suivantes :

Obs. I. — M. B..., peintre, quarante-deux ans, dont le père est mort asthmatique et qui n'a pas d'autres antécédents arthritiques, a une vie très sédentaire, ne sortant jamais de son atelier; il est sujet à des crises de coliques hépatiques depuis l'âge de trente ans; il en souffre périodiquement au printemps et à l'automne, et ses crises semblent correspondre aux changements brusques de régime, alimentation plus variée du printemps, et retour de la campagne à Paris dans l'automne. On a jusqu'à présent calmé ses accès avec des stupéfiants, mais la durée des crises n'en a jamais été modifiée, et il est obligé

de garder le lit chaque fois pendant quatre ou cinq jours. Comme il vient habiter mon quartier où je soigne depuis longtemps son frère, j'ai l'occasion, en mai 1902, d'assister à un accès ; je préconise immédiatement l'acide oléique qui calme l'accès en moins d'une heure, sans retour. Je prescris néanmoins l'usage des capsules pendant un mois, et le malade qui n'a pas été repris part à la campagne où il s'engage à suivre son traitement et son régime. L'été se passe très bien, et au retour en octobre, je suis rappelé une nuit pour un nouvel accès très violent. Comme la première fois l'acide oléique agit avec une rapidité et une précision parfaites. En interrogeant le malade sur les causes de cet accès, j'apprends que se trouvant constipé, il avait pris un paquet de rhubarbe. Pour qui connaît la teneur de la rhubarbe en oxalates, il y a là une cause efficiente certaine. Ayant recommandé à M. B... de prendre méthodiquement pendant un mois au printemps et un mois à l'automne des capsules quotidiennes d'acide oléique, en observant son régime et évitant les aliments ou les médicaments oxalisés, il n'a jamais plus été repris d'accès depuis la fin de 1902. Je sais qu'enchanté de son traitement il l'a recommandé, sans que j'aie été consulté, à de nombreux amis, atteints comme lui de lithiase et qu'ils s'en sont tous très bien trouvés.

Je souligne dans cette observation l'action néfaste de la rhubarbe à cause de ses oxalates, chez les lithiasiques, pour montrer que c'est un médicament à n'employer qu'en toute connaissance des conditions hépatiques et rénales. Je profite en même temps de cette circonstance pour protester contre la prétention des gens à se croire médecin d'occasion et à recommander à leur entourage des médicaments, sans se soucier du médecin compétent ; heureusement il n'y eut pas de complications, mais en cas d'insuccès on n'aurait pas manqué de dauber sur le traitement.

Obs. II. — Mlle Cher..., a quarante-cinq ans ; son père était goutteux. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse jusqu'à l'âge de quarante ans, où elle commença à souffrir de l'utérus et de pertes abondantes. Dans le courant de 1903, ces pertes devenant inquiétantes, et s'accompagnant de douleurs violentes, on décide de l'opérer, et on lui enlève un utérus fibromateux énorme avec les annexes. Un mois après l'opération, la malade fut prise de coliques hépatiques violentes, puis, tous les mois dans la suite, à l'époque correspondant à peu près aux époques des règles d'antan, ces coliques se renouvelaient. Puis elles survinrent tous les quinze jours, tous les dix jours, et enfin elles se rapprochèrent au point que Mlle Cher... était obligée de garder le lit pendant deux ou trois jours par semaine. La durée moyenne des accès est de six à dix heures ; quand ils durent plus de vingt-quatre heures, les sclérotiques sont subictériques. Ce sont des accès de coliques franches, avec douleurs localisées à la vésicule, irradiées dans l'épigastre, quelquefois accompagnées de vomissements verdâtres, et toujours avec urines brunes caractéristiques ; deux fois seulement en dix-huit mois il y a eu de l'ictère ; dans les accès prolongés la température atteint 39°.

J'ai l'occasion de voir Mlle Cher..., le 1er avril 1905 ; tandis qu'elle m'amenait quelques jeunes pupilles de ses œuvres, elle fut prise d'un accès chez moi. Ne pouvant faire prévenir son médecin en la renvoyant chez elle, puisqu'elle habite les environs de Paris, je lui fis prendre de suite deux capsules d'acide oléique de 0,50 centigrammes, qui la calmèrent presque instantanément. Je lui conseillai, en outre, d'en prendre le matin une capsule à jeun pendant un mois, puis pendant dix jours les mois suivants. Je ne revis Mlle Cher... que trois mois plus tard, à son départ pour les vacances ; elle n'avait jamais depuis le 1er avril eu d'accidents. « et pourtant disait-elle, auparavant j'étais obligé de me coucher tous les quatre ou cinq jours, tant je souffrais et je puis même dire que dans les intervalles je sentais toujours mon foie. » J'ai revu souvent Mlle Cher... depuis cette époque en allant examiner périodiquement ses pupilles, elle n'a plus souffert et se considère comme guérie.

Voilà encore une observation où l'acide oléique a de suite arrêté un accès en évolution; et où son usage les a définitivement supprimés, en un temps si rapide que cela paraîtrait invraisemblable, si de nombreuses autres observations ne venaient le corroborer. En tout cas, je souligne dans ce cas l'apparition brusque des accès de coliques hépatiques à la suite de l'opération, qui semble donner raison à M. Charrin (1), au sujet des métastases à craindre dans les opérations intempestives.

Obs. III. — Mme de M..., âgée de cinquante-six ans, arthritique sujette à des migraines et à des poussées d'eczéma aux jambes, souffre en outre, d'accès d'asthme alternant avec les poussées eczémateuses. Depuis 1900, elle est sujette à des crises de coliques hépatiques qui apparurent avec les premiers signes de la ménopause. En 1902 les crises sont devenues plus fortes, s'accompagnant de fièvre et durant plusieurs jours. Elles surviennent tous les deux mois, puis se rapprochent et la malade souffre presque continuellement en même temps que son état général se détériore; elle a de la fièvre, s'amaigrit et ne peut plus rien prendre sans en éprouver des accès. Les médecins de La R., s'en inquiètent; ils ont diagnostiqué une cholécystite chronique avec angiocholite probable, et proposent à la famille une opération. Avant de s'y résoudre, la malade, qui est la belle-sœur de M. de Fr., de qui j'ai raconté l'odyssée dans le chapitre V de cette série, et ayant entendu parler des bons effets qu'avait obtenus son beau-frère de l'acide oléique, désire en essayer. On lui en a expédié, sans m'en rien dire. Le succès est si prompt que le mois suivant Mme de M..., venait me raconter son odyssée et me demander un régime, en vantant l'acide oléique qui avait arrêté ses accès en quelques instants à la dose de trois à quatre capsules, et qui les avaient jugulés au point qu'elle n'avait eu dans le mois entier que deux menaces d'accès aussitôt arrêtés. Je lui conseillai de faire un usage régulier de capsules comme j'ai l'habitude de les prescrire, et Mme de M... reprit en deux mois son embonpoint, son activité qui lui permit de suffire aux fatigues de direction d'une exploitation agricole. Au bout de deux ans, quand j'eus l'occasion de revoir Mme de M..., pendant la dernière maladie de son beau-frère, mort de consomption en 1904, elle ne prenait plus de capsules d'acide oléique depuis longtemps, et se considérait comme absolument guérie.

Voilà un cas où l'acide oléique garantit définitivement la malade d'une opération pourtant jugée nécessaire par les médecins qui l'ont vue. Les mêmes circonstances se sont présentées quoique avec moins de gravité dans le cas suivant :

Obs. IV. — Mme B... agée de quarante-deux ans, est fille de goutteux et de cancéreuse ; elle n'a cependant jamais été malade, a eu trois fils qu'elle a nourris elle-même; à peine quelques migraines parfois au moment des règles. En 1897, elle se fatigua beaucoup à soigner deux de ses fils malades. Elle souffre l'année suivante d'entéroptose, de rein flottant, d'entéro-côlite mucomembraneuse, pour lesquels elle vient me consulter. C'est une femme maigre et très anémiée, mais très nerveuse, avec quelques stigmates hystériques, qui me font porter un pronostic plutôt favorable. Un régime, des ceintures, une hygiène appropriée, des distractions réussissent à améliorer l'état général; mais le tube digestif reste d'une susceptibilité extrême. Un oubli de précautions, un peu de froid ou d'humidité, un petit écart insignifiant de régime, comme une tasse de bouillon, un peu de lait, un fruit mal cuit, suffisent à réveiller les crises intestinales. Un séjour à la campagne dans le Jura semble très profitable ; mais au retour surviennent des crises de coliques hépatiques, se greffant sur l'état gastro-intestinal antérieur, et qui sont très difficiles à différencier, car la localisation des douleurs n'est pas nettement vésiculaire, et la côlite transverse en

(1) Charrin, Les interventions chirurgicales en face des données nouvelles de la physiologie et de la pathologie générale. *Sem. méd.* 8 fév. 1905.

donne d'analogues; une légère voussure de la région sous-hépatique s'observe, mais je l'ai déjà vue à l'état normal et purement météorique ; les urines sont brunes, chargées d'urates, mais elles le furent à chaque accès de migraines menstruelles observés. Je crains un cancer étant donnés les antécédents; en revanche, l'acide oléique, que j'employai ici comme pierre de touche, permit de faire facilement le diagnostic différentiel entre les coliques hépatiques réelles et celles des tranchées d'entérite. M. le professeur Gilbert, consulté, se prononce en faveur de calculs biliaires, et il préconise une opération. Cependant il soumet la malade à son régime au lait dégraissé, qu'elle ne peut tolérer, sans obtenir d'amélioration de l'état général ni local. Pendant près de deux mois durant l'hiver de 1904, la fièvre est quotidienne avec des paroxysmes de douleurs nocturnes, pas d'ictère. Dans une de ses crises violentes, la malade prend, malgré la défense du professeur Gilbert, et en mon absence, car le professeur a défendu formellement de prendre des cholagogues ni aucun remède pendant les périodes aiguës, la malade prend donc deux capsules d'acide oléique de 0 gr. 50 centigrammes, et elle est calmée en quelques minutes. Dès lors elle en continue l'usage et se soustrait ainsi aux supplices des crises. Comme elle n'a jamais pu supporter le lait, pas plus écrémé qu'ordinaire, je l'avais soumise au bouillon de légumes, et à l'eau albumineuse (deux blancs d'œuf dans une petite carafe prise en vingt-quatre heures). Grâce à l'accalmie provoquée par l'infraction aux ordres magistraux, et où je n'avais pas cru devoir interdire l'acide oléique, puisque la malade en éprouvait du bien, on put alimenter légèrement Mme B... de potages, de pâtes, de farine de riz, tout en continuant l'eau albumineuse, et peu à peu le mieux s'accentua. Les crises hépatiques la quittèrent, la voussure disparut, la palpation du ventre, au début très pénible dans tout l'hypochondre droit et la fosse iliaque correspondante, n'est plus douloureuse. Durant toute la maladie, depuis l'apparition des premières coliques hépatiques on a fait quotidiennement l'examen des selles, sans trouver de calculs biliaires; en revanche j'y ai trouvé souvent de fines concrétions calcaréomagnésiennes, blanches, friables, solubles avec effervescence dans l'acide acétique. Ceci pourrait faire penser à des coliques pancréatiques. Il n'y aurait rien d'impossible à ce que l'acide oléique calmât les spasmes douloureux du canal de Wirsung, comme ceux du cholédoque, mais par action mécanique de viscosité sur les contractions spasmodiques de l'intestin, à la façon de l'huile, que je discuterai à propos d'une observation analogue dans le chapitre suivant, mais le diagnostic en l'espèce est bien difficile. Quoi qu'il en soit, je ne réussis jamais à déceler de calculs biliaires. Au bout de trois mois, il n'était plus question de coliques, la malade avait notablement engraissé. Il ne restait plus qu'une grande susceptibilité gastro-intestinale, exigeant des soins méticuleux en vertu des antécédents ; la *noix vomique*, le *chanvre indien* en teinture améliorèrent la tonicité intestinale, et la malade arriva peu à peu à manger quelques biscottes, des purées de légumes très cuits, des potages de bouillon de veau dégraissé, des viandes blanches et des poissons bouillis. Je fis faire en outre à la malade une cure à domicile d'eau de *Châtel-Guyon*, en la lui faisant prendre entre deux petites tasses de tilleul chaud, et j'eus la satisfaction de la voir entrer en aussi bonne santé que possible depuis mai 1904 jusqu'à présent. Je l'envoyai faire en automne 1904 une cure à Châtel-Guyon d'où elle tira grand profit, sous la direction du Dr Baraduc.

Cette observation est très remarquable, parce que l'acide oléique permit ici d'établir un diagnostic de coliques hépatiques vraies, d'avec les douleurs d'entérocôlite ordinaires de la malade, et surtout parce qu'il est loin d'irriter les voies biliaires, comme semblait le croire le professeur Gilbert, qui ne le connaissait pas sans doute, et qu'on peut l'employer même dans les périodes aiguës; et j'insiste surtout sur ce fait que, comme dans l'observation III, il guérit médicalement une malade considérée comme justiciable de l'opération par une autorité en la matière. Peut-être le professeur Gilbert serait-il arrivé à faire pratiquer d'emblée l'opération, s'il n'y avait eu quelques hésitations de la famille,

qui l'engagèrent à préconiser l'expectative, en reculant l'intervention. C'est qu'en effet, dans l'entourage immédiat de la malade, il y avait eu déjà quatre cas de cholélithiase malheureux, dont trois terminés par la mort au bout de six mois à un an avec fistules biliaires persistantes chez deux.

En tout cas, le fait que des calculs ou de simples irritations des voies biliaires, même avec angiocholite, comme on en verra d'ailleurs un autre exemple remarquable dans le chapitre suivant, puissent entraîner des complications inflammatoires et fébriles assez vives pour imposer l'idée d'intervention et que l'emploi exclusif de l'acide oléique, même à dose modérée, puisse faire tout rentrer dans l'ordre justifie bien sa place ici.

Je pourrais citer actuellement plus de cinquante observations du même genre, tant personnelles que de mes amis ou correspondants, depuis que j'ai publié mon premier article. Ce serait une énumération fastidieuse et inutile; les cas précédents sont les plus typiques, et je crois bien plus intéressant de chercher à expliquer comment peut agir l'acide oléique à si petite dose contre la lithiase. Ce me sera une occasion d'examiner en même temps l'étiologie des calculs et la physiologie pathologique de la colique hépatique, et de discuter en particulier sa nature, en raison de l'action sédative qu'exerce contre elle l'huile d'olive par exemple et l'acide oléique qui en dérive.

Discussion de l'action de l'huile d'olive et de l'acide oléique, d'ou s'éclaire la pathogénie de la colique hépatique et la formation des calculs.

On sait que l'huile d'olive est un remède empirique et populaire des coliques hépatiques, et on se souvient que c'est justement en cherchant à en expliquer l'action, que je fus amené à considérer l'acide oléique comme son principe actif, en tenant compte de la constitution de l'acide biliaire cholalique, considéré comme un acide benzoïque auquel s'annexerait un noyau oléique, et en présence de l'action précisément dissolvante de cet acide cholalique sur la cholestérine. J'en avais donc déduit que l'acide oléique absorbé avec l'huile et libéré par l'action pancréatique devait fournir le noyau nécessaire à la reconstitution d'une molécule cholalique dans le système porte hépatique. Il est donc juste que je discute l'effet de l'huile mère de l'acide oléique, parallèlement à celle de cet acide, d'autant qu'elle nous sera plus utile que lui pour expliquer la pathogénie probable des coliques en général. On ne doute pas que les coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales, etc. ne soient produites par des contractions péristaltiques ou antipéristaltiques exagérées, en quelque sorte spasmodiques des conduits correspondants, mais l'action calmante, même à distance, de l'huile sur ces différentes coliques nous permet de l'affirmer de façon formelle.

Devant la rapidité d'action de l'huile absorbée par la bouche, on avait jadis conclu à un effet lénitif direct sur le canal cholédoque, même à sa pénétration plus ou moins profonde dans ce canal et jusque dans le canal cystique et la vésicule; c'est d'ailleurs cette idée qui avait suggéré à Durande son remède fameux, destiné, dans la pensée de l'auteur, à aller dissoudre sur place les calculs. Mais bien que le canal cholédoque soit très extensible, son orifice n'est béant qu'au moment des sécrétions abondantes de bile et du passage des calculs, et il ne s'ouvre pas justement dans la partie déclive de l'intestin; enfin, grâce à son extensibilité et vu son volume, il est permis de supposer que quand

un calcul ordinaire est dans le cholédoque, il y circule avec facilité; dans ces conditions la colique a donc cessé, et elle provenait sûrement des contractions expulsives de la vésicule elle-même et du canal cystique. Il est donc infiniment peu probable que l'huile agisse sur place, comme dissolvant de calcul; il lui faudrait remonter trop haut; et pourtant l'huile, comme l'acide oléique d'ailleurs, dissout facilement les calculs. C'est ce qui explique comment Ullmann (1), au cours d'une cholécystotomie, réussit, en injectant de l'huile dans la vésicule, à détacher avec la plus grande facilité des calculs enchatonnés, qu'il avait été d'abord absolument impossible de retirer.

Certes la position déclive en avant en dehors du canal cholédoque par rapport à l'ampoule de Vater, étant donné que son orifice s'ouvre à une quinzaine de centimètres du pylore, pourrait permettre de supposer que l'huile ingérée encore intacte puisse s'y glisser, mais, pour les raisons que nous avons exposées tout à l'heure, c'est une éventualité qui ne peut se présenter que dans des circonstances exceptionnelles. Et si cela devait naturellement se présenter à l'esprit, il ne faut pas oublier pourtant que cette même huile agit tout aussi bien, peut-être même encore plus vite, quand elle est administrée en assez grande quantité par l'autre bout du tube digestif. Force nous est donc de chercher une autre explication, car cette fois l'huile n'arrive plus dans les voies biliaires. Elle arrive bien, après des manœuvres de position, à gagner le cœcum et à pénétrer dans la partie terminale de l'intestin grêle, en dépassant, grâce à sa viscosité, la valvule de Bauhin, bien moins hermétique qu'on ne l'a prétendu, mais elle reste encore à plusieurs mètres de la vésicule. Il faut donc supposer à l'huile, remède classique et vulgaire, en lavement, de la colique hépatique, une action sédative propre, due à ses propriétés physiques et chimiques.

Pour qui a souffert de coliques hépatiques, les irradiations des douleurs, des régions sous et préhépatiques dans l'épigastre, dans la fosse iliaque droite et parfois même jusque dans l'hypochondre droit, s'expliquent par une réelle sensation de contractions spasmodiques. La colique serait donc produite par des sortes de mouvements péristaltiques tétaniques dus à une action réflexe et sympathique s'étendant, comme des ondes, des canaux biliaires aux parois avoisinantes du duodénum, de l'estomac (d'où les vomissements), puis du gros intestin, commençant pas le côlon transverse (d'où les tranchées ombilicales), pour descendre dans le cæcum (d'où la douleur pseudo-appendicitaire si fréquente). On peut s'expliquer alors comment l'huile, de consistance sirupeuse, est lénitive et peut agir en aplanissant pour ainsi dire les ondes vermiculaires intestinales, comme elle aplanit les ondes marines dans la tempête, et qu'elle produise cet effet aussi bien administrée par l'estomac que par le rectum. Comme cette action est presque immédiate, il faut bien invoquer une action *curative* et physique de l'huile plutôt qu'une action chimique. Cette dernière serait plutôt *préventive*, et se rattacherait à celle de l'acide oléique, que nous discuterons tout à l'heure.

Cette action antipéristaltique à distance de l'huile par viscosité me paraît être la plus probable en présence de ce fait courant, qu'elle se fait sentir d'un bout à l'autre du tube digestif, en lavement, et surtout de cette autre observation vulgaire, qu'administrée de la même manière, elle calme aussi vite la colique néphrétique elle-même. Ici on ne peut

(1) *In Sem. Med.*, 17 décembre 1902, p. 419.

pourtant plus invoquer la pénétration, l'action directe ni l'action chimique par absorption. Il faut donc bien admettre que, comme les contractions musculeuses douloureuses se transmettent progressivement aux canaux avoisinant les voies biliaires, et même à l'uretère droit, cas fréquent, de même les spasmes de l'uretère à leur tour se transmettent à l'intestin (les patients le sentent bien pendant les accès), et puissent eux-mêmes être arrêtés par l'action lénitive de l'huile sur les spasmes intestinaux provoqués par les leurs. J'avais constaté cette action des lavements d'huile sur les coliques néphrétiques depuis 1893, et les employais bien avant que M. Barth ne publie son article sur ce sujet.

La première fois que cela m'arriva, ce fut même par une erreur de diagnostic. Il s'agissait d'un employé de la Belle-Jardinière, convalescent d'une pneumonie, qui fut pris de coliques violentes, envahissant tout l'hypocondre droit; je pensai à une colique hépatique, et n'ayant pas encore essayé l'acide oléique, je fis donner un grand lavement d'huile d'olive, qui calma incontinent les douleurs. Je me flattais donc d'avoir jugulé une colique hépatique quand les signes ultérieurs et l'expulsion d'une gravelle urique me révélèrent mon erreur.

Mais tant qu'il s'agit d'huile qu'on emploie en somme sous un assez grand volume, dans un sens ou dans l'autre, l'action antispasmodique, physique, sur l'intestin est logiquement soutenable, tandis que quand il s'agit de l'acide oléique dont cinquante centigrammes (0,50) suffisent dans la majorité des cas pour provoquer le même résultat, il faut bien invoquer une autre action. Certes quand nous avons vu l'effet de l'huile sur la colique depuis le gros intestin, nous avons naturellement songé à une absorption possible d'acide oléique de l'oléine, de petites quantités pouvant suffire et la dose ingérée étant considérable puisqu'il représente le sixième du volume d'huile, mais l'action est bien plus rapide qu'on ne peut supposer la saponification capable de se faire. D'ailleurs, cette saponification s'exerce surtout dans l'intestin grêle, sous l'action du suc pancréatique; et puis nous avons vu cette huile calmer les coliques néphrétiques où l'absorption d'acide oléique n'a que faire. Enfin, l'acide oléique administré en lavement à la dose ordinaire de 0,50 centigrammes n'a pas l'effet curatif presque immédiat de l'huile; tout au plus pourrait-on l'employer de cette façon à titre préventif; tandis que par la bouche il supprime souvent d'une façon rapide et définitive non seulement le symptôme colique, mais la lithiase elle-même. Il faut donc admettre pour l'acide oléique une action chimique, puisqu'après son usage même passager les fonctions hépatiques redeviennent normales; alors il faut supposer que les calculs sont de suite expulsés, ou qu'ils sont dissous ou tenus en échec, et enfin qu'il ne s'en forme plus.

Supérieur à l'huile par le petit volume nécessaire pour produire les mêmes effets curatifs et surtout préventifs, l'usage abondant et prolongé de l'huile ne pouvant que fatiguer l'intestin, surtout si le pancréas ne fonctionne pas bien, l'acide oléique porte donc son action sur la fonction biliaire d'une façon vraiment élective. Mais comment et par quelles voies?

Quand on voit l'acide oléique pris par la bouche tempérer immédiatement une colique à la dose de quelques grammes, on se l'explique, comme pour l'huile, par un effet lénitif sur les parois intestinales, dû à sa consistance qui est à peu près celle de l'huile. A la dose ordinaire beaucoup plus faible, on pourrait invoquer une excitation locale sur l'embouchure du cholédoque par son acidité. C'est un fait connu depuis Cl. Bernard, que le con-

tact d'un acide en ce point provoque un afflux immédiat de bile. Or, l'acide oléique l'est au premier chef, puisqu'il dissolvait avec effervescence les petits calculs recueillis dans l'observation IV. Il peut donc par cette provocation brusque de sécrétion biliaire faire entraîner le calcul et calmer ainsi par élimination la colique. Cette action directe et locale des acides peut inversement expliquer comment leur ingestion alimentaire peut provoquer un accès de coliques hépatiques. Mais encore faudrait-il bien spécifier ici que l'acide oxalique est sinon le seul, du moins le plus incriminable à ce titre, d'après mes propres observations ; c'est, par exemple, ce qui s'est produit dans le cas de M. B. (Obs. I).

Au lieu de cette excitation secrétoire, possible peut-être dans certains cas, aussi bien que la pénétration dans les voies biliaires directement, faut-il invoquer une absorption rapide ?

Elle est possible, mais plus certaine dans l'action préventive ; j'ai constaté chez des chiens que l'acide oléique est très vite absorbé à petites doses et toujours beaucoup plus vite à volume égal que l'huile. En tout cas, pour être absorbé il se transforme en oléate, c'est-à-dire en savon, passe sous cette forme dans le chyme et dans la veine porte d'où il gagne le foie ; là il se transforme sans doute en constituant le noyau de nouvelles molécules d'acide cholalique, et facilite sous cette forme la dissolution de la cholestérine. C'est certainement là son action réelle car, élément d'acide biliaire, il supplée à l'insuffisance de ces acides biliaires toutes les fois que, pour une raison ou pour une autre, ils n'agissent plus sur la cholestérine. Cet accident peut se produire sous diverses influences, soit par jeûne prolongé ou trop longs intervalles de repos, qui entraînent une longue stagnation et une concentration de la bile, soit encore par défaut de fonctionnement régulier du pancréas qui provoque l'élimination des graisses avec saponification incomplète. Les troubles pancréatiques sont beaucoup plus fréquents qu'on ne pense et expliquent les difficultés de diagnostic entre les accidents hépatiques et eux.

On sait comment se forment les calculs dans les cas les plus ordinaires, par insuffisance pancréatique : le suc pancréatique met en liberté les acides gras des graisses de la digestion, qui forment des savons solubles avec les alcalis de la bile, pendant que les acides biliaires sont mis en liberté. Dès lors ces acides biliaires sont décomposés, surtout l'acide taurocholique, et la plus grande partie en est résorbée tandis que le reste est éliminé dans les fèces; il en résulte que si le suc pancréatique n'agit pas normalement, les graisses ne sont ni saponifiées ni absorbées, que les sels biliaires ne sont plus décomposés et que leurs acides ne sont plus résorbés; dès lors une grande perturbation survient dans la sécrétion biliaire, dont la source est tarie par le manque de résorption des acides biliaires et des graisses qui pourraient en apporter les éléments. Dans ces conditions la cholestérine, qui n'est plus maintenue en solution par les acides biliaires, se précipite avec des sels empruntés au mucus vésiculaire, et elle forme des concrétions plus ou moins grosses, qui sont les calculs. Aujourd'hui la majorité des médecins admettent, d'ailleurs avec raison, que les précipitations de cholestérine se font autour de noyaux bactériens, mais on ne tient pas un compte suffisant de l'action du mucus dans leur formation tout à fait originelle. Ce mucus est en effet très chargé de sels magnésiens et surtout calciques, qui se précipitent au contraire les premiers autour des bactéries, comme j'ai pu le constater, entraînant ensuite, par amorçage, la précipitation de la cholestérine, pour peu que les acides biliaires deviennent insuffisants. Et ceci est très soutenable en

présence des accidents d'angiocholite et de cholécystite assez fréquents où la température et les douleurs indiquent la présence d'éléments infectieux, sans que, pourtant, il y ait la moindre précipitation de cholestérine; c'est qu'alors les acides biliaires sont suffisants pour s'opposer à la formation des calculs, comme cela s'est produit par exemple dans l'observation IV et dans l'observation III du chapitre suivant, prodigieusement intéressante et instructive à ce point de vue, comme on le verra plus tard.

Quoqu'il en soit j'insiste spécialement sur cette précipitation préalable des sels du mucus vésiculaire autour des bactéries comme primitive formation des calculs, qui s'imprègnent peu à peu de cholestérine. Frierichs avait déjà en 1862 invoqué ce rôle des sels biliaires dans la formation des calculs, mais faute d'une base matérielle à leur concrétion — à l'époque on ignorait encore d'une façon générale les microbes et leur rôle en pathologie — cette théorie parut spéculative. Cependant la précipitation de sels autour des parasites et des corps étrangers des cavités de tous les organismes vivants est un phénomène de défense constant et général, soit par exemple dans l'oviducte de la poule (bactéries, acarides, corps divers), comme j'en ai cité (1) de si nombreux exemples, soit dans le pli du manteau des mollusques (perles), soit dans les parois vasculaires (phlébolithes), soit autour de parasites dans le rein (strongles, gravelles), soit autour de simples éléments anatomiques ou de corps étrangers dans la vessie (calculs), autour de granulations tuberculeuses pulmonaires (broncholithes), soit autour d'éléments inflammatoires au niveau des articulations (tophus), soit même dans l'intestin, justement autour des bactéries et de coagulums de mucus (entérolithes).

La formation des calculs est donc nécessairement liée à la présence d'un corps capable offrir une amorce à la précipitation des sels du mucus vésiculaire, que ce soit une bactérie, une levure ou une simple cellule épithéliale; mais il faut qu'il s'y joigne un concours de circonstances ayant au préalable provoqué un ralentissement dans le débit de la bile. Ce débit varie sous des influences multiples. La bile devient par exemple plus abondante quand il y a augmentation de pression dans l'intestin : c'est ce qui arrive quand on donne un lavement. Ceci pourrait dans certains cas expliquer la cessation de la douleur par entraînement d'un calcul dans un flot de bile, mais il y a alors, comme je l'ai remarqué parfois, augmentation momentanée des douleurs après l'administration du remède; c'est qu'alors une distension des parois s'ajoute aux efforts spasmodiques des voies biliaires; la cessation de la crise est alors subite au moment de l'expulsion.

Au contraire le débit diminue toutes les fois qu'il y a dépression dans le système porte, ce qui peut entraîner stagnation de la bile et précipitation de sels et de cholestérine par concentration. Aussi bien ne voit-on jamais de calculs se former que dans la vésicule. D'ailleurs on n'a pas assez insisté dans l'étiologie de maintes affections du foie sur les troubles incessants de la circulation hépatique, tourmentée par des différences de pressions sus et sous-hépatiques provoquées par des phénomènes physiologiques naturels ou des habitudes défectueuses de vêtements ou de travail : ces différences viennent des actes de la digestion, de la plénitude ou de la vacuité intestinales, des mouvements respiratoires, des efforts musculaires, des gênes et pressions des vêtements, des ceintures, des corsets qui troublent sans cesse l'élaboration de la bile sous ces alternatives

(1) Arnault, Recherches bactériologiques, mycologiques, zoologiques et médicales sur l'œuf de poule et l'infection, *Thèse* Paris 1893.

d'impulsion et de retrait. On comprend que si quelques-unes prédominent, il en résultera des habitudes pathologiques.

Si la concentration et la stagnation de la bile entraînent ainsi la formation des calculs, c'est qu'il s'y joint en outre une altération chimique. Il faut que l'acide taurocholique, en particulier, s'y trouve en quantité insuffisante pour maintenir la cholestérine dissoute. La plupart des physiologistes admettent aujourd'hui la théorie de Schiff, qui prétend que les acides biliaires sans cesse éliminés du foie avec la bile, sont sans cesse résorbés par l'intestin, presque intégralement dans les conditions normales, et reviennent sans cesse au foie et à la bile par la veine porte. Il est certain que dans ce circuit, les acides biliaires finissent par s'user tout de même et qu'ils doivent se rénover sans cesse en partie. Donc tout ce qui pourra compromettre soit leur résorption, soit leur rénovation entraînera leur insuffisance dans la bile et favorisera la précipitation de la cholestérine.

Or tout trouble de digestion se fait sentir dans le foie, et nous avons vu plus haut déjà comment l'insuffisance pancréatique, par défaut de saponification des graisses aux dépens des sels biliaires, entraînait l'expulsion de ces derniers par l'intestin, et leur diminution forcée dans la bile. Quand à leur rénovation dans les conditions normales, elle se fait aux dépens des corps gras, et naturellement des plus absorbales. Si les expériences de Lewantieff sont justes, les graisses les plus facilement absorbées sont celles dont le point de fusion se rapproche le plus de la température de l'intestin. A ce titre la meilleure serait la margarine, ce qui au fond n'a rien de surprenant puisque c'est le corps gras dominant de la graisse humaine (réhabilitation d'un commerce mal apprécié !). Après la margarine c'est l'oléine qui tient le second rang au point de vue de l'approximation du point de fusion à celle de l'intestin, elle est donc aussi facilement absorbable. Or l'huile d'olive renferme 72 p. 100 de margarine et 28 p. 100 seulement d'oléine. Mais tout permet de supposer que ce n'est pas, dans l'absorption de l'huile, l'acide margarique qui agit pour rajeunir et renouveler les acides biliaires, car il n'a pas avec l'acide cholalique les affinités de constitution que possède l'acide oléique. Ce dernier est donc surement la source de rénovation de l'acide cholalique et de ses composés les acides glycholique et taurocholique. Lorsque nous voyons donc agir l'huile d'olive contre la lithiase biliaire et en amener la disparition par usage plus ou moins long (je ne parle pas ici de son action rapide sur la colique, due, comme nous l'avons vu, plutôt à ses propriétés physiques), nous sommes autorisés à conclure que l'acide oléique de cette huile, libéré par sa saponification intestinale, est utilisé à la reconstitution des acides biliaires, qui ramènent le cours et la constitution normale de la bile. Mais comme l'absorption d'huile, toujours copieuse, impose à l'intestin un surcroît de travail de saponification, il y a donc avantage à administrer l'acide oléique, qui produit directement l'effet désiré sous un petit volume. On peut en tout cas maintenant comprendre facilement la production de la lithiase hépatique sous l'influence d'une alimentation riche en graisses renfermant trop peu d'oléine, justifier leur proscription du régime, et s'expliquer en même temps l'apparente anomalie de l'action utile de l'huile d'olive, corps gras elle-même. On a dit que les corps gras provoquaient par leur excès dans l'alimentation une diminution de la sécrétion biliaire et facilitaient de cette façon la stagnation de la cholestérine. Il y a là une erreur d'interprétation ; l'excès de graisses n'a pas ralenti la sécrétion de la bile, mais il a en réalité usé les sels biliaires et par l'excès de saponifications à réaliser les a entraînés avec les gr

non modifiées dans les fèces ; c'est un accident qui s produit justement avec les graisses animales renfermant rop peu d'oléine, et qu'on éviterait avec l'huile d'olive et d'autres huiles gétales.

L'action favorable de l'acide oléique dans la lithiase biliaire s'explique donc naturellement, et on comprend comment, en apportant les éléments nécessaires à la formation des cides biliaires, ou même peut-être (en raison du petit volume suffisant. en amorçant simplemen leur fabrication par action de présence, mon hypothèse de sa spécificité dans les accidents actuels, confirmée par la pratique, est physiologiquement défendable

Conclusion

A. — L'acide oléique est en définitive le *remède spécifique par excellence* des coliques hépatiques et de la lithiase bilaire.

On devra l'employer systématiquement, *dans tous les cas*, même jugés susceptibles d'être opérés, et ne recourir à l'intervention que s'il ne donnait pas de résultats. On aura neuf fois au moins sur dix la chance d'éviter au malade les risques opératoires et postopératoires si pénibles, et si cela ne doit pas précisément faire les affaires des opérateurs, cela fera en tout cas celle des médecins soucieux de garder leur client. D'autant plus que l'acide oléique guérit d'une façon définitive et que l'opération, outre ses suites, ne met pas à l'abri des récidives.

L'acide oléique est un médicament excessivement simple et facile à se procurer, bien plus que l'oléate de soude, que les choléates préconisés par les Allemands, et aussi que le glycocholate de soude vanté plus récemment par les Américains, et moins répugnant en même temps que plus facile à administrer que la bile, vieux remède.

L'acide oléique administré en capsules de 0,50 centigrammes, n'inspire aucune répugnance, et s'il est chimiquement pur et frais, il ne provoque même pas de renvois, ce qui arrive avec les sels précédents, de l'aveu même de l'auteur (1).

J'insiste particulièrement sur la nécessité d'avoir un acide oléique pur et frais, translucide, à peine jaune pâle, si l'on veut en obtenir les bons effets. Non que je veuille ici me permettre de préconiser une marque plutôt qu'une autre, mais parce que, comme on l'a vu dans mon premier article de 1901, on en trouve des échantillons de toutes couleurs et de toutes consistances dans le commerce, et que trop souvent les médecins sont enclins à condamner une médication sous prétexte qu'elle ne leur a pas donné de résultats, quand en réalité ils ne savent rien des propriétés même physiques du médicament qu'a pris leur client. Or, il est très important avant de tirer des conclusions d'expériences contradictoires, que ces expériences aient été réalisées dans les mêmes conditions, et c'est malheureusement une vérité rationnelle méconnue des médecins.

Il va sans dire que je prescris au malade un régime spécial, comme adjuvant du traitement. Je me propose de montrer un jour que le régime classique peut être assez largement modifié.

B. — Si j'ai insisté un peu longuement sur le mécanisme de production des coliques et

(1) Blum. *Centralbl. f. d. gesam. Therap.*, juillet 1897, p. 441. — Richardson et Stevenson *New York Med. Journ.*, 30 sept. 1905, etc.

des calculs, c'est que l'action de l'acide oléique ne pouvait s'expliquer que par la connaissance de la physiologie normale et pathologique de la sécrétion et des voies biliaires.

J'ai pu mettre ainsi en relief et expliquer la double action, curative et préventive de l'huile d'olive et de son dérivé l'acide oléique. J'ai montré que la première, en lavement, agit curativement d'abord sur le symptôme coliques par une action de viscosité lénitive sur les parois intestinales, dans ses effets rapides, presque immédiats, en un temps où l'absorption ne peut être invoquée, effet mécanique prouvé par l'action même du lavement d'huile sur des contractions spasmodiques de voisinage, comme dans la colique néphrétique. Dans le cas d'absorption par la bouche, l'effet se produit par le même mécanisme, et dans le cas de l'acide oléique, par une excitation locale qui provoque un brusque afflux de bile et l'entraînement du calcul, ou par une prompte absorption.

Enfin l'action ultérieure préventive découle de la connaissance de la constitution de l'huile d'olive qui facilite l'absorption de l'acide oléique, et par une régénérescence des acides biliaires, qui maintiennent la cholestérine en dissolution..

On peut déduire de cette longue discussion le mécanisme de production de la colique par l'action locale des acides sur l'orifice du cholédoque, qui provoque une brusque contraction réflexe de la vésicule, avec flux de bile pouvant engager un calcul, mais aussi en faciliter l'expulsion et expliquer aussi la production des calculs par l'ingestion des corps gras alimentaires et leur disparition par un corps gras : justification de données théoriques et de faits cliniques en apparence contradictoires. Les uns prescrivent les acides, les autres les proscrivent; ceux-ci défendent les corps gras et permettent le lait, ceux-là ordonnent le lait dégraissé et autorisent le beurre frais et le beurre fondu, et suivant les circonstances personne n'a tort. J'ai par ma pratique constaté que tout ce qui renferme de l'acide citrique et de l'acide malique est bien supporté, qu'en revanche les acides tartrique et oxalique surtout sont défavorables. Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter la valeur des régimes, il y aurait trop à dire et cet article est déjà trop long. Tel qu'il est, le régime ordinaire, même avec ses carottes, que Vichy a rendues célèbres, et qui pourtant renferment de la cholestérine (1) (il est vrai que l'intestin l'élimine), est profitable, nous pouvons donc nous en contenter.

(1) Arnaud, *Bull. de la Soc. Chim.*, 1886, p. 487 et 488.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Injections intra-veineuses d'aldéhyde formique dans la tuberculose pulmonaire, par BAKER YOUNG (*Société médicale de Londres* 26 mars 1906). — Cette méthode a été inaugurée en 1900 par le Dr Maguire qui préconisait une solution d'aldéhyde formique dans du sérum physiologique. Le traitement d'un cas avancé avait demandé six mois ; au bout de six semaines le patient présentait une amélioration marquée dans les signes physiques et les symptômes. Les résultats immédiats de l'injection étaient : une douleur au niveau de la veine, pouvant être soulagée par une forte compression, une augmentation de râles humides pendant un temps court; une toux suffocante de quelques secondes de durée, le goût de la formaldéhyde, son odeur dans l'haleine, des frissons qui se répétèrent après chaque injection et qu'on traita par des bouteilles d'eau chaude, des boissons chaudes, etc. On peut constater la présence du formol dans l'urine pendant une semaine, dans l'expectoration pendant deux jours après l'injection d'une solution à 1 : 500. L'auteur a donné ensuite l'observation d'un cas de phtisie ayant duré neuf ans et qui fut traité par cette méthode pendant sept mois.

L'évolution chronique du cas a été interrompue par trois attaques aiguës marquées par des températures élevées et des hémoptysies (1896, 1900, 1904). Les injections furent commencées en février 1900. A cette époque les signes physiques étaient très marqués et les bacilles très abondants dans les crachats. Il se fit une amélioration rapide jusqu'en août, époque à laquelle on ne trouva plus de bacilles dans l'expectoration. Les injections furent continuées jusqu'en octobre où l'examen ne révéla plus aucun signe de la tuberculose active, quoiqu'il existât de la matité là où, auparavant, on entendait un frottement pleurétique. L'urine n'a jamais contenu d'albumine, et la diazoréaction recherchée deux fois à la fin de la maladie resta négative. Le patient depuis est resté bien portant.

M. Maguire a reconnu que la méthode n'est pas absolument dépourvue de danger et que le formol ne peut pas guérir tous les cas, mais les résultats obtenus sont souvent remarquables. M. Guillan a employé la méthode dans trois cas et n'a jamais constaté d'effets fâcheux, bien que la moitié environ des injections fussent suivies de frissons durant près de deux heures. Son premier cas était une tuberculose miliaire avancée des poumons, qui, après une légère amélioration temporaire, poursuivit son évolution fatale. Les deux autres cas donnèrent une diminution des râles humides, mais Guillan se demande si on ne pouvait pas obtenir les mêmes résultats avec d'autres méthodes.

L. JUMON.

Sur le traitement de la tuberculose articulaire, par ZEBELE et EHERMAYER (*Munch. med. Woch.*, 27 mars 1906). — Les avis diffèrent beaucoup sur les indications dans le traitement de la tuberculose articulaire. La clinique chirurgicale de Munich s'est surtout placée au point vue de la chirurgie conservatrice et adopte les idées de Garé qui applique surtout un traitement conservateur aux articulations de la hanche, de la main et de l'épaule, alors que le même traitement ne donne que des résultats inférieurs dans les articulations du genou, du coude et du pied. Le pronostic est grave dans le cas d'hérédité chargée et de tuberculose des organes profonds. Les gros séquestres exposent à une généralisation ; le traitement conservateur doit être rejeté dans les foyers osseux extra-articulaires qui menacent de s'ouvrir dans l'articulation et l'ablation du foyer peut seule donner une guérison rapide et certaine.

Dans la méthode conservatrice on attache une grande importance, à la clinique de Munich, à la bonne immobilisation de la jointure affectée au moyen de bandages plâtrés, silicatés ou en celluloïd. On fixe en même temps les deux articulations voisines. Si l'articulation, surtout du membre inférieur est très douloureuse, le malade reste couché pendant les premières semaines. L'extension se recommande surtout dans les contractures et les déplacements des extrémités articulaires. Les appareils amovibles de Hessing, Lorenz, Hoffa, n'assurent pas une immobilisation suffisante et conviennent plutôt pour le traitement consécutif. Les auteurs combinent avec succès l'immobilisation avec l'injection de glycérine iodoformée à 10 p. 100. L'appareil plâtré doit ensuite être fenêtré sur un côté de l'articulation affectée. La quantité d'iodoforme à injecter varie suivant l'âge; la fréquence des injections se règle sur les phénomènes de réaction et l'évolution du processus. En général, les auteurs injectent 5 à 10 centimètres cubes de glycérine iodoformée une fois tous les huit à quatorze jours chez les adultes et 1 à 5 centimètres cubes chez les enfants.

La glycérine iodoformée arrête non seulement le développement des bacilles tuberculeux, mais exerce une action sclérogène, de sorte que le tissu de granulations tuberculeux se trouve remplacé ou au moins encapsulé. S'il y a un épanchement, il faut faire l'aspiration avant d'injecter la glycérine iodoformée. La méthode de Bier paraît plutôt convenir dans la suppuration articulaire accompagnée de formations de fistules, parce qu'elle facilite l'écoulement des produits par les fistules. On applique la bande pendant quatre à six heures par jour.

Les auteurs n'ont employé à la clinique ni les injections phéniquées, ni les injections de chlorure de zinc. On peut cependant combiner avec avantage les injections d'hétol avec les injections de glycérine iodoformée.

Le traitement de l'état général demande une attention particulière à cause de la généralisation possible. L'alimentation doit être abondante, l'aération parfaite ; les enfants doivent au besoin être enlevés à leur milieu tuberculeux. En général, les bains salés doivent être donnés seulement après la guérison de l'affection articulaire, car auparavant le repos absolu de la jointure est nécessaire. Plus tard, le séjour à la mer ou à la montagne rend de grands services.

Lorsque l'intervention est devenue nécessaire, les auteurs, suivant le cas, ont enlevé les foyers tuberculeux osseux, pratiqué l'arthrectomie synoviale et des amputations primitives, mais surtout la résection atypique des articulations. On n'a enlevé que ce qui était malade et on a ménagé chez les enfants le cartilage épiphysaire. Après l'ablation du tissu malade l'articulation a toujours été badigeonnée avec de la glycérine iodoformée et la plaie a été fermée en plaçant des bandes de gaze iodoformée ou un drain de caoutchouc.

L. Jumon.

Sarcome du médiastin traité par les rayons X, par Zum Busch, (*Soc. Clinique de Londres*, 23 mars 1906). — L'auteur a présenté à la Société un homme, âgé de trente-sept ans, qui avait été atteint de syphilis en 1896 et qui pendant plusieurs années suivit un traitement intensif par les frictions, les pilules et les injections intra-musculaires de salicylate de mercure. En septembre 1904, la face et le cou se tuméfièrent et cyanosèrent; la moitié droite du thorax était douloureuse pendant la nuit et la déglutition devint difficile. Une tuméfaction apparut au voisinage des deuxième et troisième articulations sterno-costales, une autre tuméfaction se montra dans la fosse sous-claviculaire droite. Le malade prit 3 grammes d'iodure de potassium par jour, mais son état s'aggrava. En février 1905, le malade alla à Vienne. Le gonflement situé sous le sternum augmentait et les cartilages costaux voisins étaient soulevés. Le chiffre des globules était normal ; on institua un traitement radiothérapique et dès lors l'état du patient s'améliora, la douleur disparut, la dypsnée et la dysphagie furent moindres. Un ganglion enlevé de la fosse sus-claviculaire fut reconnu être un sarcome. Depuis le début du traitement, le malade a gagné du poids et ne souffre plus du tout.

L. Jumon.

Action du radium sur le virus rabique, par A. Calabrese. (*Riforma Medica*, n° 2 1906). — Rehns, Tizzioni et Bongiovanni ont trouvé que le virus fixe, dilué dans du bouillon stérilisé à 1 p. 100 devient moins virulent après une heure d'exposition aux rayons du radium, et perd entièrement sa virulence après deux heures. Une application journalière de rayons pendant une heure, continuée pendant huit jours, sur l'œil de lapin infecté par le virus fixe, a raison de l'infection, si le traitement a été commencé au plus tard une heure après l'injection faite soit dans l'œil, soit dans le sciatique. L'application des rayons sur le dos donne les mêmes résultats pourvu que les rayons soient dix fois plus intenses. Avec des applications très prolongées on réussit à sauver des lapins dont le cerveau a été infecté quatre jours avant. Le virus enfin ayant

reçu les rayons *in vitro* pendant 4, 6, 36 heures devient un excellent vaccin.

L'auteur a employé dans ses expériences trois échantillons de radium : un de 10.000 U. R., les autres de 100.000 U. R. Ses expériences ont porté sur le virus fixe et sur le virus de la rage de rue, et sur l'œil du lapin.

1° Le radium a 10.000 U. R. *in vitro*, même après 24 à 48 heures n'a aucune action sur le virus fixe. Fixé à une distance de 0.5 centimètres de l'œil des lapins, ayant reçu une injection dans la chambre antérieure, le radium ne modifie pas l'évolution et la terminaison de l'infection.

2° Le radium a 100.000 U. R. ne réussit pas non plus *in vitro* à supprimer la virulence du virus fixe et du virus de la rage de rue. Le même radium employé tout de suite après l'inoculation des deux virus ne donna aucun résultat, même après un traitement très prolongé.

3° Le troisième échantillon de radium à 100.000 U. R. ne réussit pas davantage après 72 heures à supprimer la virulence du virus fixe, *in vitro*. Sur les lapins injectés il a donné les mêmes résultats que le deuxième. L'auteur admet qu'il n'est pas encore possible de tirer des conclusions générales et absolues mais se croit autorisé à affirmer que les rayons du radium sont incapables de détruire le virus rabique soit *in vitro*, soit dans le corps de l'animal.

A.-L. PERCIVAL.

L'aspiration dans le rhumatisme articulaire aigu, par CORDEIRO (*The Am. J. of the med. sc.*, mars 1906). — Regardant le rhumatisme aigu comme une maladie infectieuse locale, l'auteur depuis quelques années applique à cette maladie un traitement chirurgical. Flint a comparé de son côté les séries traitées par différentes méthodes médicamenteuses et les séries qui n'ont été soumises à aucun autre traitement que par les palliatifs contre la douleur. Les cas sans traitement ont évolué de la même manière, sinon plus favorablement que ceux qui ont été soumis à diverses médications anti-rhumatismales. Comme exemple du traitement qu'il applique, l'auteur cite le cas d'un chauffeur qui fut affecté de rhumatisme aigu de diverses jointures et dont la maladie dura vingt jours par le traitement ordinaire. Une récidive étant survenue il fit une ponction aspiratrice du genou droit qui était le plus atteint, et retira 60 grammes de liquide. La température resta ensuite normale et le malade put sortir et reprendre son travail quatre jours après. Un mois plus tard récidive du rhumatisme, ponction de l'articulation du coude droit; le malade put reprendre son travail cinq jours après. Quelques jours plus tard nouvelle récidive, traitée par la ponction du genou gauche qui était gonflé et douloureux. La guérison fut immédiate. L'auteur fait remarquer que dans les récidives les articulations ponctionnées n'ont plus été atteintes dans la suite. Pratiquement la guérison a été immédiate après l'aspiration. Par contre l'auteur rejette la méthode O. Conor qui ouvre et draine les articulations atteintes.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Cas de myxœdème, traitement thyroïdien, par TH. FRASER (*The Brit. med. J.*, 3 mars 1906). — Bien que les cas de myxœdème ne soient pas rares, l'auteur a pensé à publier ce cas parce qu'il présente au complet les symptômes typiques de la maladie, et parce que le traitement thyroïdien a donné d'excellents résultats. Il s'agit d'un ouvrier de quarante ans chez lequel la maladie s'est manifestée par des symptômes classiques : élargissement de la figure qui est congestionnée, expression stupide, front rond et ridé, lèvres épaissies, langue augmentée de volume. La peau est sèche, épaisse et plutôt écailleuse. Cou massif avec tuméfactions adipeuses au-dessus de chaque clavicule, épaississement des doigts et des orteils. On constate aussi, quoique peu marqués, l'abaissement du nombre des pulsations et de la respiration, l'abaissement de la température, l'existence de crampes. La maladie date au moins de huit ans. En 1901 il a été traité par la glande thyroïde, une amélioration rapide est survenue et en quelques semaines tous les symptômes disparurent. Le poids a diminué de dix-huit kilos. Il y a plusieurs années il a pris régulièrement de la glande thyroïde et s'est alors maintenu dans un état de santé à peu près normal. Il y a trois mois les circonstances firent qu'il ne put se procurer des glandes thyroïdes ou leurs préparations et quinze jours après avoir cessé le traitement, plusieurs symptômes, tels que la sensation de froid, la lenteur de la parole et le gonflement de la face récidivèrent, de sorte qu'il y a deux semaines il présentait le tableau complet du myxœdème, sauf à un degré moins avancé qu'avant de commencer le traitement thyroïdien.

L. JUMON.

Guérison du coma diabétique par les injections alcalines, par G. SEARS (*Med. Rev.*).

mars 1906). — L'observation concerne un garçon de treize ans qui depuis plusieurs mois souffrait d'un soif et d'une faim excessives et de polyurie. Ses forces avaient rapidement décliné et son poids était tombé de 75 à 39 livres. Pendant les trois derniers jours il se plaignit de douleurs à l'épigastre et présentait une expression stupide croissante. Il fut admis à l'hôpital dans un état semi-comateux. L'haleine exhalait une forte odeur d'acétone. La peau était sèche, squameuse. La paroi abdominale était le siège d'une éruption purpurique. On sentait le foie et la rate au-dessous des côtes. Les extrémités étaient froides et cyanosées. Le pouls était rapide, néanmoins perceptible, la respiration accélérée. Les pupilles étaient dilatées, mais réagissaient à la lumière. Les réflexes rotuliens étaient supprimés. L'urine qui s'élevait à près de cinq litres en vingt-quatre heures avait une densité de 1.033; elle contenait 5,3 p. 100 de sucre, des traces d'albumine et quelques cylindres hyalins et finement granuleux. On injecta sous la peau de chaque région mammaire 250 cc. d'une solution saline stérilisée contenant du bicarbonate de soude presque au point de saturation : on avait essayé mais sans succès, d'administrer cette solution par le rectum. On fit boire au malade de grandes quantités d'une solution contenant une cuillerée à thé pleine de bicarbonate de soude par verre. La stupeur diminua rapidement, mais l'assoupissement persista pendant plusieurs jours.

La convalescence fut interrompue par des convulsions générales qu'on attribua à l'urémie, car l'urine avait subitement diminué de près des deux tiers en vingt-quatre heures et contenait de grandes quantités de cylindres hyalins et granuleux, mais l'albumine n'avait pas notablement augmenté. En dépit des hautes doses d'acalin, l'urine conserva la réaction acide. Le sucre variait de 1 à 3 p. 100 avec un régime qui contenait peu de pain et de grandes quantités de lait. L'acétone existait généralement dans l'urine, mais son odeur avait disparu de l'haleine. Quelques jours après l'entrée du malade, il survint de la suppuration au point des injections.

On a relaté peu de cas de guérison complète de coma diabétique, bien qu'un certain nombre de malades aient été temporairement améliorés, surtout apres des injections salines. Oliver a publié un cas où la guérison s'est maintenue après l'injection d'un litre et demi de solution saline dans la veine médiane basilique. On connait une quinzaine d'autre cas analogues. Le traitement a généralement consisté à administrer une solution saline ou alcaline par la bouche ou le rectum ou en injections sous-cutanées et intra-veineuses. Les alcalins ont été donnés en raison du rôle que joue l'intoxication acide dans le coma diabétique. Le mode d'administration semble moins important que la quantité d'alcalin donnée. Les injections sous-cutanées ont l'inconvénient d'être suivies souvent de suppuration et de nécrose. L'emploi de fortes doses par la bouche peut causer des vomissements et de la diarrhée, mais il donne souvent les meilleurs résultats. Le coma peut être arrêté et l'urine reste acide.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT,

Ancien interne des hôpitaux.

De l'anesthésie mixte par la scopolamine-morphine et le chloroforme, (*Soc. de ch.* 28 mars 1906). — La discussion reprend sur l'emploi de l'anesthésie mixte. M. Routier déclare que le chloroforme convient aux cas les plus délicats, à la condition de prendre les précautions nécessaires. Il apporte un nouvel exemple de syncope chloroformique prolongée, à la suite de l'injection préalable de scopolamine-morphine.

M. Terrier vient à son tour déclarer qu'il est très partisan des injections de scopolamine et de morphine une heure et demie avant la chloroformisation, et ce, parce qu'il a constaté que les vomissements post-chloroformiques sont supprimés. M. Monod intervient pour dire de nouveau que l'accident qu'il opposa à la statistique de M. Walther, lors de la première discussion, n'était pas dû à l'absorption de chloroforme en excès, car il n'observa pas les mêmes troubles. M. Segond se plaint de l'imperfection de l'anesthésie, lorsqu'on n'emploie que la scopolamine-morphine en injection, non suivie de chloroformisation. Il cite aussi une syncope par l'emploi de l'anesthésie mixte. Il a remarqué toutefois que les malades ainsi traités sont dans un état de tranquillité absolue et qu'ils vomissent fort peu. On le voit, c'est une réédition des avantages très appréciables et des dangers justement redoutés de la nouvelle méthode, qui semble tout au moins ne pas devoir lui amener de nouveaux adhérents.

A. BENOIT.

L'anesthésie locale, par KLEIN (*Bulletin de thérapeutique*, 8 février 1906). — Un bon anes-

thésique local doit posséder un certain nombre de propriétés souvent contradictoires, il doit insensibiliser fortement et longtemps, ne pas provoquer de vaso-dilatation consécutive, ne pas amener d'irritation dans les tissus touchés par l'injection, enfin, chose importante aujourd'hui, ne pas entraver l'action de l'adrénaline, souvent employée en même temps que l'anesthésique pour prévenir les hémorragies, et surtout posséder un coefficient de toxicité aussi faible que possible.

La cocaïne insensibilise bien, mais elle est fortement vaso-dilatatrice, elle est très toxique, ses solutions s'altèrent à la chaleur et ne peuvent être suffisamment stérilisées, elle se mélange mal avec l'adrénaline, etc. On a essayé les eucaïnes et quelques autres alcaloïdes préparés avec l'ecgonine, mais ces corps ne présentaient aucun avantage sur la cocaïne. L'anesthésine, très employée dans le traitement des affections inflammatoires des muqueuses, est inférieure à la cocaïne pour l'action hypodermique. La stovaïne vint ensuite, très active, assez peu toxique, mais congestionnante et surtout fortement irritante. Vint ensuite un dérivé de la stovaïne, anesthésique puissant, bien stérilisable en solution, assez peu congestionnant, peu toxique, mais extrêmement irritant. Einhorn a trouvé dernièrement un nouvel alcaloïde de synthèse, le chlorhydrate de paraminobenzol-diéthylaminoéthanol, ou *novocaïne*, d'une toxicité très faible : ses solutions, facilement stérilisables, ne sont pas irritantes pour les tissus, ce qui en permet l'emploi dans toutes les variétés de l'anesthésie locale et médullaire. Son action anesthésiante est aussi considérable que celle de la cocaïne, et elle se mélange facilement à l'adrénaline, qui exalte ses propriétés anesthésiantes, de sorte qu'on peut diminuer sensiblement les doses injectées et par conséquent les chances d'intoxication.

Le Pr. Braun de Leipzig l'a adoptée pour ses opérations chirurgicales : même à très haute dose, on n'a pas remarqué d'action secondaire locale. (*Voir cette Revue*, p. 826, 1905.)

E. VOGT.

Torticolis, son traitement, par M. PATOIS. (*Echo médical du Nord*, 25 mars 1906). — Le torticolis est la résultante d'états pathologiques très différents les unes des autres. Aussi les indications varient avec les causes qui lui ont donné naissance et si cette cause est bien connue, et peut-être détruite, comme dans certains torticolis deutéropathiques, c'est à elle que s'adressera le traitement pathogénique. Il en sera de même avec le torticolis hystérique qu'il faut traiter comme un épisode local de la contracture hystérique. L'indication pathogénique sera beaucoup moins nette avec le torticolis mental dont la nature est inconnue. Dans le torticolis aigu protopathique on peut se guider sur les conditions (froid, effort, etc.) qui lui ont donné naissance. En ce qui concerne le torticolis chronique, outre l'état anatomique du muscle qui fournira une indication précieuse, il faudra tenir compte de l'origine, oculaire par exemple, pour y remédier.

Le torticolis deutéropathique doit être traité par la suppression des causes c'est-à-dire des lésions des parties molles ou du squelette qui lui ont donné naissance.

Dans le torticolis mental, le traitement ne donne que des résultats momentanés : bromure, opiacés, valérianates, colchique, arsenic ; puis essayer belladone, extrait fluide de ciguë à la dose de XLV gouttes par jour, morphine, véronal. Rééducation des mouvements, isolement. En dernier ressort : élongation, ligature ou section du spinal, section des muscles, des racines cervicales, etc.

Torticolis hystérique. Dans les cas récents malaxation des muscles antagonistes ; pour les cas peu anciens massage, profond s'il y a anesthésie, superficiel s'il y a hypéresthésie, courant faradique dans le premier cas, galvanique dans le second.

Torticolis ancien : sommeil chloroformique, s'il n'y a que de la contracture, le malade peut se réveiller guéri ; si on retrouve des rétractions, des adhérences, le torticolis hystérique relève du traitement à employer contre le torticolis chronique.

Torticolis aigu. Supprimer la douleur ; salicylate de soude à dose de 4 grammes par jour. S'il n'y a pas d'effet au bout de deux ou trois jours, remplacer le salicylate par le sulfate de quinine à dose de 0 gr. 50 à 1 gramme. Benzoate de soude, tartre stibié, acide citrique, etc. Opium, belladone, chloral, antipyrine.

Antipyrine.....	ââ	0,50
Bromure d'ammonium.		
Valérianate de caféine.....		0,02
Chlorhydrate de cocaïne....		0,01 (Robin).

Liniments calmants, mais proscrire les révulsifs violents, les vésications. Employer le massage très doux d'abord, précédé d'un bain de vapeur, suivi d'une douche chaude simple ou sulfureuse. Mobiliser après la séance les muscles et les articulations.

Dans les formes aiguës et chroniques qui n'ont pas encore amené de rétraction, employer le massage, l'hydrothérapie, la mécano-

thérapie, l'extension intermittente ou l'extension continue. Dans les torticolis chroniques avec rétraction, il faut recourir aux procédés opératoires : ténotomie sous-cutanée, redressement forcé; et recourir ensuite au massage, à la mécanothérapie, à l'électrisation des muscles malades ou antagonistes suivant les indications.

L. JUMON.

Contribution à l'étude des luxations totales de la colonne cervicale inférieure, par M. F. STEINMANN (*Arch. f. klin. chir.*, *LXXVIII*, 4). — Laissant de côté les luxations de l'atlas et de l'axis, l'A. a été amené par un cas personnel à reviser la symptomatologie et les traitements des luxations bilatérales de la colonne cervicale. comprenant les cinq dernières vertèbres. Ces luxations ont toujours passé pour fort graves et les tentatives de réduction passèrent pour fort périlleuses. De nombreux cas suivis de près montrent que cette opinion est erronée. Citons seulement le cas de M. Steinmann : homme tombé sur la tête trois mois auparavant de trois mètres de hauteur. Deux jours il fut sans connaissance, mais tout s'amenda et il ne resta plus que des douleurs très vives à la nuque et au cou. Plus tard, la flexion s'accentua au point que le menton touchait presque le sternum et cet état s'aggrava par la suite. Mais en dehors de cette attitude gênante, pas de paralysies des membres, ni des viscères. La radiographie montrait une luxation bilatérale complète de la cinquième vertèbre cervicale, le corps de la vertèbre luxée venant en contact, par sa base, avec la face antérieure du corps de la vertèbre sous-jacente. La moelle, malgré l'étroit espace qui lui était réservé, ne subit pas d'accidents compressifs. Cette résistance de la moelle a été souvent notée. Quant aux *accidents paralytiques*, affectant les extrémités, la vessie, le rectum etc..., tantôt ils sont temporaires, tantôt persistants, mais ils s'amendent et disparaissent très rapidement après la réduction.

De son étude, l'auteur conclut qu'il faut faire immédiatement la *réduction* de toute luxation cervicale, portant sur la partie inférieure. En effet, même s'il n'y a pas de paralysie, on évite la déformation du cou et le glissement progressif en avant qui assombrissent le pronostic. Elle consiste dans l'*extension simple*, mais dans l'axe longitudinal du rachis cervical. On évitera, grâce à ce précepte, tout accident, que l'on se serve des instruments spéciaux ou de la traction manuelle. Ces manœuvres sont d'ailleurs assez simples.

Pour les luxations anciennes s'il n'y a pas de paralysie, la règle subit une exception, et il paraît plus prudent de les respecter.

A. BENOIT.

Résultats de l'opération radicale de la hernie, par HUTCHINSON (*Soc. méd. de Londres*, 26 mars 1906). — Hutchinson a rapporté en détail 116 cas de hernie inguinale suivis depuis une moyenne de six ans après l'opération. Dans 13 cas la hernie était étranglée, dans 5 cas la récidive évidente était survenue, dans 3 la récidive était légère ou douteuse. Dans 3 cas la récidive était survenue deux ans ou plus après l'opération. Ces observations tendent à montrer la nécessité d'ouvrir le canal inguinal et de le rétrécir par des sutures profondes chez tous les adultes et dans les cas les plus simples chez les jeunes garçons. En opérant les cas de récidive, dans la hernie inguinale chez les femmes, le canal inguinal doit autant que possible être oblitéré. Parmi les méthodes variées employées pour rétrécir le canal, celle de Bassini est la meilleure et le tendon de kangurou est la meilleure matière de suture. Si le canal est trop étroitement rétréci ou si on emploie des matériaux impropres, ont peut voir survenir des complications du côté du testicule, entre autres l'atrophie, l'orchite et l'hydrocèle. Les résultats se sont améliorés depuis que Bassini a introduit la méthode à ciel ouvert et a rétréci la partie supérieure vers l'orifice interne. Dans les quinze dernières années les chances de récidive après l'opération chez les adultes ont été réduites d'un quart et les patients n'ont pas à porter longtemps un bandage après l'opération. Les cas de hernie inguinale directe double sont particulièrement exposés à la récidive. Trois de ces hernies sur 8 ont récidivé; il est important aussi de pratiquer la torsion du collet du sac et de le déplacer du canal. Il n'est ni nécessaire ni utile que le patient reste longtemps sans travailler après l'opération, trois ou quatre semaines suffisent habituellement.

M. Waring pense que la récidive survient principalement dans les cas où il y a de la suppuration, ce qui est plus commun dans les cas de hernie acquise que dans ceux de hernie congénitale. Pour M. Kellock, la récidive se fait en réalité dans la cicatrice, il s'agit d'une hernie ventrale.

L. JUMON.

Hernie isolée de l'appendice dans un sac crural, (*Soc. de chir.*, 28 mars 1906). — M. Le Clerc (de Saint-Lô) a opéré, chez une femme très âgée, une hernie crurale contenant l'appendice et son méso. Peut-on prévoir cette

variété de hernie? En rapprochant ce cas d'une observation de M. Maty, il semble que la *forme allongée* et la *consistance dure* sont des signes caractéristiques à noter.

A. BENOIT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Les calculs biliaires et leur traitement, par JOUNKIN (*The Amer. med. J.*, mars 1906). — Le traitement médical, d'après l'auteur, n'offre que des chances restreintes de guérison et on ne doit compter sur lui que dans les cas récents où l'on peut espérer l'expulsion des calculs par le cholédoque. Il n'existe pas de moyens de dissoudre les calculs, et le traitement médical ne donne généralement qu'un soulagement momentané. La lobélie, qui dans beaucoup de cas fait cesser le spasme, détermine des nausées, de la diarrhée et des vomissements. L'huile d'olive a la réputation de favoriser l'expulsion des calculs. L'auteur l'associe habituellement avec du chloroforme. Les compresses d'eau chaude et les fomentations d'eau chaude au niveau du siège de la douleur apportent souvent du soulagement. Les malades doivent éviter les aliments gras, les liqueurs. Le massage ne doit pas être employé si on ignore le siège exact des calculs et leur volume. Il peut être avantageux lorsque les calculs sont petits; dans le cas contraire, on risque de déchirer les canaux ou les parois de la vésicule.

L'opération est indiquée s'il y a des coliques hépatiques répétées qui ne cèdent pas rapidement au traitement médical et qui affaiblissent le malade; s'il y a des signes évidents de perforations, si les crises douloureuses sont répétées et graves ou s'il existe de graves lésions inflammatoires ou des signes de suppuration. L'opération est indiquée dans les cas d'hydropisie de la vésicule biliaire. L'ictère par obstruction provenant de calculs biliaires indique l'opération qui ne doit pas être faite si l'obstruction tient à une affection maligne; l'ictère, en général, ajoute à la gravité de l'opération.

La cholécystostomie est l'opération idéale parce qu'elle est la plus simple. Si les parois de la vésicule sont normales et si l'indication est seulement d'extraire le contenu de la vésicule, celle-ci est attirée dans la plaie, fixée solidement par son fond, puis vidée et suturée sans permettre au liquide de s'échapper dans l'abdomen. Il peut être nécessaire de passer une pince ou un doigt aseptique dans la cavité afin d'enlever les calculs profondément situés. Si les conditions permettent de fermer complètement la vésicule, on applique deux rangs de sutures, l'un superficiel sur la séreuse, l'autre profond comprenant toute l'épaisseur de la paroi. Si les canaux ne contiennent pas de calculs, et s'il n'y a pas de matières septiques on peut fermer la plaie superficielle.

La cholécystostomie est indiquée lorsque les canaux biliaires sont distendus ou lésés. Un large drainage assure l'écoulement de la bile ou des liquides septiques.

La cholécystectomie comporte l'ablation totale de la vésicule. Cette opération est indiquée dans les cas de néoplasmes des parois de la vésicule, ou lorsque sa cavité est effacée. L'auteur a pratiqué cette opération dans un cas où la vésicule était énormément distendue et ne contenait pas moins de 113 calculs de dimensions variées. La malade guérit.

L. JUMON.

Les indications que doit remplir le régime dans la lithiase biliaire, par DUFOURT (*La Presse médicale*, 17 mars 1906). — Le régime doit remplir quatre conditions.

1° *Eviter ou atténuer l'infection des voies biliaires.* On choisira les aliments réduisant au minimum les putréfactions intestinales, soit le lait, le képhir, le fromage frais, le lait caillé. La pratique a du reste démontré depuis longtemps que le lait est l'aliment d'élection dans ces cas.

2° *Maintenir la composition normale de la bile.* Aucun régime n'a d'influence sous ce rapport, et les expériences sur les animaux démontrent que la cholestérine des calculs ne provient pas des ingesta. Cependant, comme les savons la solubilisent, on donnera des graisses, et on stimulera les fonctions du foie, qui produit des acides biliaires : or, ces derniers dissolvent aussi la cholestérine, et c'est la viande qui fournit le plus d'acides biliaires; on en donnera donc d'une façon modérée, toujours additionnée de végétaux verts et de fruits.

3° *Provoquer une sécrétion abondante de bile.* Ce sont les albumineoides qui donnent les meilleurs résultats; les hydrates de carbone leur sont très inférieurs. Sous ce rapport, les œufs sont aussi à recommander.

4° *Obtenir une excrétion biliaire aussi constante que possible.* Pendant le temps qui s'écoule entre la fin de la digestion d'un repas et le repas suivant, les voies biliaires représentent une cavité close, car la bile n'est pas sécrétée

à ce moment. C'est donc entre onze heures du soir et huit heures du matin qu'en général la circulation biliaire est arrêtée. Donc, le lithiasique doit faire des repas plus fréquents que le sujet normal.

Comme il y a deux types de lithiase, les indications seront différentes pour ces deux variétés.

1° *Lithiase avec coliques à répétition.* On calmera l'excitabilité de la vésicule, on diminuera l'infection des voies biliaires : le lait sera l'aliment de choix en attendant l'intervention chirurgicale : on le donnera par petites portions, souvent répétées, jusqu'à ce que l'état aigu soit calmé.

2° *Lithiase avec coliques espacées.* Eviter une alimentation surabondante et tous les mets de digestion difficile. On donnera de la viande, mais en petites quantités : la distinction entre les viandes rouges et les viandes blanches semble sans importance; le poisson peut remplacer la viande, qui ne sera d'ailleurs donnée qu'à un seul repas. Le soir, elle sera remplacée par des œufs. On usera des potages, crèmes au lait, pois, lentilles, pommes de terre : le pain et les pâtes seront limités à une faible quantité. Comme graisses, le beurre frais, la graisse du jaune d'œuf, avec exclusion du beurre cuit, du lard, de l'huile, des viandes grasses.

Les légumes herbacés seront donnés largement, il en est de même des fruits mûrs. Les épices, le vinaigre sont à rejeter ainsi que l'alcool. On recommandera de faire cinq repas par jour. En tout cas, on se dirigera sur la tolérance du malade.

E. VOGT.

Rupture de la vésicule biliaire, par GILDERSLEEVE (*Brooklyn med. J.*, mars 1906). — Une femme de soixante-deux ans, entra à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse du côté droit de l'abdomen, s'étendant depuis le bord inférieur des côtes jusqu'au-dessous du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Cette femme entra avec le diagnostic d'appendicite. Elle n'avait pas d'ictère, la température était normale, la douleur à la pression était très modérée. La malade paraissait avoir une bonne santé habituelle. L'auteur diagnostiqua une distension probable de la vésicule biliaire, bien qu'une pareille distension parût peu compatible avec la bénignité des symptômes. L'opération fut décidée pour le lendemain et il se trouva que le gonflement et les symptômes qui l'accompagnaient avaient complètement disparu tandis que le liquide que pouvait contenir la tumeur s'était subitement épanché dans le péritoine. L'auteur fit une incision à peu près à mi-chemin entre le point de Mac Burney et le bord inférieur des côtes et trouva une vésicule biliaire très volumineuse, à paroi mince et ouverte. Il introduisit trois doigts à travers l'ouverture dans la vésicule, enleva plusieurs calculs de volume moyen et constata dans la cavité pelvienne une quantité considérable de liquide biliaire. On retira le liquide et on rechercha si quelque calcul provenant de la vésicule n'était pas tombé dans l'abdomen. Les divers conduits biliaires examinés étaient libres de calculs. La vésicule fut alors suturée avec du catgut chromique en laissant une petite ouverture pour le passage du drain et la plaie abdominale fut suturée au point de sortie du drain. Au bout d'une semaine la plaie fut fermée, la température était normale et la malade fut complètement guérie au bout de trois semaines.

L. JUMON.

Contribution à la prophylaxie et au traitement de l'appendicite, par H. WELSCH (*Munch. med. Woch.*, 20 mars 1906). — L'auteur croit que le traitement conservateur bien appliqué peut donner d'excellents résultats même dans des cas assez sérieux d'appendicite. Il attache une grande importance à la prophylaxie, en ce sens qu'on peut beaucoup sur les causes qui président au développement de l'appendicite. Dans beaucoup de cas, on trouve en première ligne dans les antécédents des troubles digestifs, des symptômes de catarrhe gastro-intestinal, mais surtout des symptômes d'affection colique. L'appendicite n'est bien souvent qu'une complication d'une entérite, et la prophylaxie consiste ici à soigner cette dernière.

Comme causes d'appendicite on a signalé l'influenza, chez les femmes les affections annexielles, le régime exclusif des viandes. La prophylaxie consistera dans le catarrhe gastro-intestinal très fréquent dans les antécédents des malades, à régulariser la fonction intestinale, à modifier le régime.

Le traitement balnéaire exerce ici une influence favorable et l'on doit recourir surtout aux eaux chlorurées sodiques qui stimulent le péristaltisme intestinal et la secrétion glandulaires. L'auteur utilise enfin les bains d'eau salée de Kissingen et les applications de Fango, qui peuvent avoir une action résolutive sur les exsudats pelviens.

L. JUMON.

De la périsigmoïdite (*Soc. de chir.*, 14 et 21 mars 1906). — Depuis que l'attention des chirurgiens est tournée vers les inflammations péri-intestinales de la fosse iliaque droite, certains

points concernant les suppurations du côté opposé, semblent devoir par contre-coup, être prochainement mieux élucidés Nous avons cité récemment quelques cas de *périsigmoïdite* de causes diverses, paraissant n'avoir entre eux aucun lien direct. C'est de ce genre que paraissent être les deux nouvelles observations citées par M. Sierm (médecin militaire), concernant des indurations de la fosse iliaque gauche, baptisées périsigmoïdites et où la terminaison fut également favorable et se fit par simple résolution. Notons qu'il fallut pourtant de nombreuses semaines, avant que les malades fussent hors de danger.

Aussi, nous semble-t-il que M. LEJARS doit être suivi lorsqu'il demande que la dénomination ci-dessus soit, réservée aux inflammations d'*origine intestinale*. Les autres ne sont que des variétés de phlegmon iliaque gauche. Il est, dit-il, des cas *aigus*, avec abcès rapide et des cas *chroniques*, simulant des néoplasmes, par leur lente évolution. On conçoit, en effet, combien il peut être difficile de distinguer d'un cancer de l'S iliaque, les états dans lesquels la paroi de cet intestin est simplement épaissie, formant une tumeur bosselée. On devra alors tenir le plus grand compte des signes d'entérocolite. Si on les constatait, on instituerait un traitement approprié, qui aura pour effet de faire disparaître, au bout de quelques mois, toute induration de la fosse iliaque gauche. Ces nouveaux ou anciens, cités dans la même séance par MM. Tuffier et Segond, nous montrent que, si la guérison spontanée est parfois observée, il se développe parfois aussi des collections autour de l'S iliaque, des foyers entre le gros intestin en dedans et la paroi abdominale en dehors (Loison), qui prêtent à l'incision large suivie de drainage. Même lorsqu'il se forme une fistule stercorale à la suite, il ne faut pas désespérer de la voir se fermer toute seule (Segond). Enfin, il n'est pas toujours possible, même après ouverture, de reconnaître le point de départ de l'abcès.

A. BENOIT.

Appareil pulmonaire. Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Le camphre dans le traitement de la pneumonie franche. (*La médecine moderne*, 21 mars 1906.) SCHEFFLER emploie depuis trois ans le camphre dans le traitement de cette affection (24 cas avec 2 décès dont un brightique et l'autre âgé de quatre-vingt-deux ans, atteint de diarrhée au cours de la convalescence). La médication produit toujours les mêmes effets : aussitôt après l'administration du camphre, la température baisse de 5 à 8 dixièmes, rarement d'un degré : dans un petit nombre de cas, la température monte le premier jour de 1 à 3 dixièmes pour ne baisser que le lendemain. Dans 18 cas, la défervescence fut obtenue avant le septième jour; une seule fois, il y eut comme complication une pleurésie séreuse bénigne.

Dans tous les cas, la maladie a évolué avec une bénignité qui n'était en rapport ni avec les phénomènes stéthoscopiques ni avec l'étendue des lésions : l'expectoration rouillée a disparu, le plus souvent, aussitôt après l'administration du camphre. Dans 6 cas, le murmure vésiculaire normal a remplacé le souffle et les râles crépitants sans qu'on ait pu trouver des râles de retour.

La défervescence n'a jamais été accompagnée de polyurie, sueurs, épistaxis, etc.

Le camphre administré par la bouche semble plus efficace qu'en injections : celles-ci seront réservées au cas où le cœur faiblit. La formule de l'auteur, pour la potion, est :

Camphre.....	1	gramme
Teinture de quillaja.....	5	—
Glycérine.....	5	—
Sirop de tolu.....	100	—
Sirop de fleur d'oranger...	50	—
Eau dist., q. s. pour.....	310	cent. cubes.

Les sirops peuvent être remplacés par d'autres (éther, codéine, etc.), suivant les indications.

Chaque cuillerée à soupe contenant 0.05 gr. de camphre on en donnera 6 à 16 par jour; les doses doivent être fractionnées, car le camphre s'élimine rapidement.

Le mode d'action semble être spécifique : on peut admettre aussi l'action antiseptique des vapeurs éliminées par le poumon, et un effet excitant sur le système nerveux.

E. VOGT.

Traitement eclectique de la pneumonie, par SAWYER (*The American med. J.*, mars 1906). — On ne peut formuler des règles fixes pour le traitement de la pneumonie qui peut être très variable suivant les milieux. Dans la contrée où exerce l'auteur, les complications palustres sont assez fréquentes au début de la saison pendant laquelle règne la pneumonie. Le malade doit être installé dans une chambre à

feu et la température doit être maintenue entre 18 et 21° sans dépasser cette dernière température. L'aération doit être largement assurée à tout moment de la journée. Si la chambre est exposée au Midi, la porte peut rester ouverte pourvu qu'il n'y ait pas de courant d'air sur le malade. Le régime doit être bien réglé, composé d'aliments digestibles. Le traitement débute habituellement par de petites doses de calomel et de bicarbonate de soude toutes les deux heures jusqu'à effet laxatif ou jusqu'à huit doses, après quoi on donne une certaine quantité d'huile de ricin. Mais on peut éviter le calomel s'il n'existe pas de complications palustres.

Si le point de côté est intense avec respiration courte, on fait des applications calmantes ou révulsives. En même temps l'auteur donne de l'aconit et du sirop de bryone. Si le malade est très agité, il ajoute à cette prescription du gelsemium.

Pour combattre la congestion, on a recours au jaborandi et aux émétiques, jusqu'à ce que la respiration s'établisse largement. Ce traitement a pour effet de diminuer l'agitation nerveuse. Beaucoup de préparations peuvent être utiles, dans le traitement de la pneumonie, notamment celles d'ipéca pour combattre l'irritation gastro-intestinale. La baptisia est très employée contre les symptômes typhoïdes.

Le veratrum est particulièrement indiqué lorsque le pouls est large, plein et bondissant, que la langue est rouge au milieu. On donnera toujours du sulfate de soude lorsque la langue est chargée. L'auteur n'emploie que d'une façon exceptionnelle l'acétanilide, la morphine, le chloral, le strychnine et l'eau-de-vie.

L. JUMON.

L'ichtyol dans le traitement des pneumonies, par M. C. NAZAROV (*Terapia*, février 1906). — L'auteur est sceptique à l'égard de tous les moyens préconisés contre la pneumonie, sauf pour l'ichtyol qui, dans nombre de cas où il a eu l'occasion de l'employer, aurait exercé une action nettement favorable aussi bien dans la pneumonie fibrineuse que dans la pneumonie catarrhale. Administré dès le début de l'affection, ce médicament amenait la guérison en cinq ou six jours. La médication itchyolée n'était-elle instituée qu'en pleine évolution de la pneumonie, celle-ci suivait son cours, mais la durée de la période de résolution et la convalescence étaient sensiblement abrégées.

A cause de sa saveur répugnante, l'ichtyol doit être donné en capsules gélatineuses. Pour le liquéfier, on y ajoute un quart d'eau. Les malades prennent ce mélange à la dose de 60 à 70 gouttes, répétée trois fois dans la journée.

Chez les enfants incapables d'avaler des capsules gélatineuses, l'auteur emploie le créosotal qui, sans valoir l'ichtyol, est cependant plus efficace que les expectorants usuels. Aux enfants de deux ou de trois ans, il prescrit le créosotal par prise de 10 à 12 gouttes, répétées trois fois par jour.

L'action favorable de l'ichtyol dans les pneumonies serait due à ce que ce médicament rendrait le sang impropre au développement des microbes pathogènes des diverses formes de pneumonies (diplocoques, streptocoques, staphylocoques, bacilles de la grippe, etc.)

Enfin, l'auteur a coutume de tenir tous ses pneumoniques au régime lacté, pour ne pas introduire des toxines alimentaires dans l'organisme du malade, déjà surchargé de toxines microbiennes.

V. DE HOLSTEIN.

Traitement moderne des affections chroniques du cœur, par HOFFMANN (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, avril 1906). — Ce traitement ne dépend pas le plus souvent des données fournies par l'examen du cœur : l'étiologie joue un rôle prédominant dans l'institution d'une médication efficace. Il faudra s'assurer si le café, le tabac, les alcooliques ou une affection constitutionnelle ne sont pas la cause des troubles observés. Ceci fait, il faut chercher laquelle des trois grandes médications du cœur, digitale, iodures ou eau froide s'applique au cas étudié.

Pour la digitale, son action est loin d'être élucidée. En dehors du muscle cardiaque, elle paraît provoquer une contraction des vaisseaux abdominaux, ayant pour conséquence une dilatation réflexe des vaisseaux cutanés. En outre, ce médicament corrige la distribution inégale du courant sanguin, et empêche que le sang s'accumule dans le cœur droit et les organes abdominaux. Ce sont donc les affections mitrales et les myocardites qui sont surtout justiciables de ce remède. Mais il est des cas où des affections valvulaires aortiques et l'artério-sclérose seront aussi favorablement influencées par la digitale. D'un autre côté, une série de cas est réfractaire à cette médication : ce sont ceux où les seconds bruits sont plus faibles à la base que les premiers. C'est surtout en se servant du stéthoscope de Bianchi que l'on arrivera à reconnaître cette catégorie de malades : comme dernière ressource, on peut, du reste, essayer la digitale, qui se montrera inefficace.

Les iodures sont indiqués chez les anémiques hypertendus ; le second bruit à la pointe

est ici beaucoup plus marqué que le premier. Les reins doivent être sains ,et il ne doit pas exister de tendance aux hémoptysies. L'auteur donne l'iodure pendant quatre à six semaines de suite, puis attend longtemps avant de le prescrire à nouveau.

Le troisième groupe présente un affaiblissement des seconds bruits, surtout à la base: c'est dans la maladie de Basedow que ce caractère est le plus apparent. Dans ces cas, les applications locales du froid donnent d'excellents résultats,si on les soutient par un régime lacto-végétarien (non absolu).

Reste une catégorie de cardiaques chroniques qui ne rentre pas dans les trois groupes ci-dessus: pour eux, on s'en tiendra à trois médications qui rendent d'ailleurs des services à tous les cardiaques, la balnéothérapie, la gymnastique respiratoire et l'hygiène du cœur.

Les bains carbogazeux, en appelant le sang à la périphérie, soulagent le cœur ; les bains électriques font de même et les distinctions un peu subtiles que l'on a faites entre ces deux méthodes ne paraissent pas à l'auteur bien probantes. C'est au cours d'une cure de ce genre que le malade apprendra les règles de l'hygiène du cœur, sur laquelle l'auteur juge inutile d'insister, car ces règles sont connues.

En revanche, la gymnastique respiratoire n'est pas appréciée à sa valeur par la majorité des praticiens. Rien ne tonifie un cœur affaibli comme une inspiration profonde, et des exercices respiratoires systématiques et bien dosés rendent les plus grands services.

Reste la catégorie des faux cardiaques, que les rayons X nous ont permis de déceler mieux qu'autrefois. Toute accumulation de gaz dans l'estomac provoque un refoulement du diaphragme à gauche qui déplace le cœur : cet état peut devenir chronique chez les constipés habituels et en cas d'affections intéressant le diaphragme lui-même.

Il va sans dire que les malades de ce genre sont justiciables uniquement d'une médication et d'un régime s'adressant à leurs fonctions digestives.

E. Vogt.

Sutures de plaies du cœur (*Soc. de chir.* 21 mars 1900). — Deux cas également pleins d'intérêt. Le premier dû à M. Quénu concerne une jeune femme de dix-neuf ans, qui s'était donné un coup de couteau dans le deuxième espace intercostal gauche. Au bout de deux heures et demie, le pouls étant impercepible, M. Quénu tailla un large volet thoracique qu'il fit relever et ouvrit le péricarde. Un flot de sang noir s'en échappa. Il trouva une *plaie du ventricule gauche*, attira le cœur au dehors et la ferma par deux fils. La respiration se fit un instant fort mal. Les plaies péricardique et thoracique furent refermées successivement et l'on fit de l'aspiration au moyen d'un petit drain, adapté à un appareil Potain, et remplacé ensuite par un point de suture. Un mois après, la blessée était dans un état très satisfaisant.

M. Savariand suture également avec bonheur une plaie du cœur, dans les mêmes conditions. Mais le quatorzième jour, l'opéré succomba à une infection pleurale. Il paraît donc utile de tenir compte de la septicité de l'instrument vulnérant et d'isoler ou de drainer, une ou les deux séreuses, s'il y a doute.

A. Benoit.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Les fausses gastropathies : leur diagnostic et leur traitement, par Déjerine et Gauckler. (*La Presse médicale*, 31 mars 1906). — Chaque fois que des troubles gastriques surviennent à la suite d'à-coups matériels, moraux ou affectifs, il y a une grosse présomption en faveur de la nature fonctionnelle des troubles ressentis : ceux-ci suivent une marche strictement parallèle à l'état moral du sujet. Chez ces malades, il y a surabondance de symptômes; on leur trouve à la fois ceux du cancer, de l'ulcère, de l'hyper et de l'hypochlorhydrie, etc. Beaucoup de ces malades se plaignent en outre de leur intestin; en tout cas, le nombre de ces sujets est considérable.

Comme traitement, la psychothérapie devra remplacer le traitement organique : on commencera par l'isolement, puis on fera saisir au patient la relation qui existe entre les phénomènes de sa vie morale et les troubles physiques qu'il ressent, et on arrivera peu à peu à lui faire oublier ceux-ci. Puis, on le soumettra au régime lacté absolu, pour faire une sorte de rééducation de son estomac. Ces malades supportent souvent des quantités énormes (5 litres et plus) de lait en 24 heures. Peu à peu, on revient ensuite à l'alimentation ordinaire. Ce traitement exige 15 jours à 3 mois; la guérison est définitive dans la règle.

En résumé, il existe nombre de faux gastropathes qu'il faut savoir ne pas soigner; l'isolement, la psychothérapie, la rééducation de l'es-

tomac seront préférables à toutes les médications et à tous les régimes.

E. VOGT.

Traitement antithyroïdien de la maladie de Basedow, par STRANSKY (*Wien. med. Presse*, 18 mars 1906). — L'auteur apporte un certain nombre de cas traités par le sérum antithyroïdien et reconnait que ce dernier paraît influencer favorablement tous les troubles fonctionnels qui appartiennent à la maladie de Basedow. Les améliorations ne sont pas seulement subjectives, mais très souvent aussi objectives. En général les résultats obtenus ne pouvaient être que passagers. Il semble qu'il est mieux de commencer avec de petites doses pour les accroître peu à peu jusqu'à celles qui sont supportées sans phénomènes accessoires désagréables. Souvent le traitement doit être soutenu à des doses assez fortes pendant environ six semaines. Le traitement dans la plupart des cas doit être temporaire et intermittent, car il n'existe pas jusqu'à présent de guérisons complètes.

Les actions accessoires désagréables causées par le sérum antithyroïdien sont peu accusées et ne contre-balancent pas les bons effets qu'on obtient dans la plupart des cas. Même dans les cas d'affection cardiaque sérieuse, le sérum de Mœbius peut être employé sans action nuisible en surveillant son emploi.

Les résultats obtenus varient beaucoup selon les cas. Chaque malade semble ici réagir différemment, de sorte qu'on ne peut fixer quel est l'optimum de dose dans chaque cas. L'action peut être extrêmement rapide avec de petites doses; ailleurs un cas d'une gravité égale exige des doses beaucoup plus élevées pour obtenir le même résultat. Ces différences tiennent vraisemblablement à ce que l'aspect du syndrome n'est nullement une indication de la maladie.

L. JUMON.

Le traitement de la sciatique et des névralgies par les injections sous-cutanées d'eau salée, par P. E. LAUNOIS (*Le Médecin praticien*, 20 mars 1906). — Cette méthode a été préconisée par l'auteur depuis 1889 exclusivement contre la sciatique-névralgie, dans laquelle prédominent la douleur et l'impotence fonctionnelle et font défaut les troubles amyotrophiques. Les hommes sont atteints plus souvent que les femmes de cette affection qui siège avec une prédilection marquée sur le côté droit. La technique opératoire du traitement est simple. On aseptise la peau en la lavant d'abord avec de l'eau bouillie et du savon, puis avec de l'alcool additionné de sublimé. Pour l'injection on se sert d'une seringue aseptique, de 10 centimètres cubes de capacité. L'aiguille en platine iridié peut être facilement flambée. Le liquide à injecter est une solution aseptique de chlorure de sodium, d'après la formule suivante :

Chlorure de sodium.....	5 grammes
Sulfate de soude.....	10 —
Eau distillée.....	1.000 cc.

L'adjonction de sulfate de soude a semblé faire disparaître complètement la petite douleur déterminée par la solution simple de chlorure de sodium. La solution doit toujours être stérilisée avant l'usage. La seringue étant chargée de la solution à une température tiède, on injecte sous la peau 5 centimètres cubes au niveau de chacun des points douloureux. On peut, sans aucun inconvénient, faire à chaque séance quatre à cinq ou six injections. La profondeur à laquelle on enfonce l'aiguille variera avec la région et la situation de la branche nerveuse. Dans certains cas elle sera purement hypodermique, d'autres fois elle sera interstitielle ou profonde, surtout au niveau de la fesse. La tuméfaction locale qui se forme à la suite de la pénétration du liquide dans le tissu conjonctif disparaît rapidement, surtout si l'on exerce quelques frictions douces avec la pulpe des doigts. On peut appliquer cette méthode pendant plusieurs jours consécutifs chez le même malade, sans aucun danger. Dans les cas rebelles on pourra n'y revenir que tous les deux jours. On peut appliquer avec succès la même méthode dans d'autres névralgies, la névralgie faciale, la névralgie intercostale, la céphalalgie, le lumbago.

L. JUMON.

Traitement de la sciatique par la méthode d'infiltration de Lange, par RUDIGER (*Mediz. Klinik*, n° 10, 1906). — La nouvelle méthode de traitement de la sciatique, indiquée par Lange, consiste à faire des injections de grandes quantités de liquide dans les nerfs ou dans leur gaine. Le patient se couche sur le côté sain. Après avoir cherché du côté malade la tubérosité de l'ischion et le grand trochanter, on divise la ligne qui réunit ces deux points en trois parties égales et on marque la limite du tiers moyen et du tiers interne. Après avoir soigneusement désinfecté la peau de la région, on injecte dans le point indiqué quelques centimètres cubes de la solution de Schleich. Pour faire cette injection, on emploie une seringue de dix centimètres cubes munie d'une aiguille de dix centimètres de long. On enfonce l'aiguille verticalement en ce point jusqu'au tronc du sciatique dont la piqûre se traduit par une

brusque contraction du membre, et on injecte peu à peu la solution préparée d'avance dans une capsule stérilisée. On ferme la piqûre avec du sparadrap. Le patient doit rester couché immobile pendant quelques heures ; tout traitement consécutif est inutile. Comme liquide d'injection, l'auteur se sert d'une solution d'eucaïne à 1 p. 1000 et de chlorure de sodium à 8 p. 1000, qui ont l'avantage d'être stérilisables. Rudiger a employé cette méthode dans dix cas de sciatique avec de très bons résultats. Cinq cas ont été guéris complètement, trois malades ont été considérablement améliorés, deux seulement n'ont ressenti qu'une amélioration passagère.

Jamais il n'est survenu de phénomènes toxiques notables. L'auteur insiste sur l'avantage de la méthode dont l'application n'est absolument pas douloureuse, qui n'offre aucun danger et qui est facile à appliquer; il la recommande dans tous les cas de sciatique où les autres procédés de traitement ont échoué au bout de deux ou trois semaines.

L. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de bi-bromure de mercure, par A.-P. POLTAVTZEV (*Roussky journ. kojnykh i vener. bol.*, X, 12). — Le bi-bromure de mercure a déjà figuré dans le traitement de la syphilis, mais comme médicament interne (en pilules) ou en applications locales (solutions, pommades) sur les lésions. M. Zélénev, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Kharkov, a reconnu récemment que l'emploi de ce sel en injections intra-musculaires offrait de réels avantages sur les autres préparations mercurielles qu'on a coutume d'administrer par la même voie, les injections de bi-bromure de mercure étant, suivant le titre de la solution employée, complètement indolores ou relativement très peu douloureuses. Actuellement, les médecins de Kharkov traitent couramment les syphilitiques, dans les hôpitaux et en clientèle privée, par les injections de bi-bromure de mercure faites, comme d'habitude, dans l'épaisseur des muscles fessiers, et ils s'en trouvent fort bien.

L'auteur du présent mémoire, M. Poltavtzev, a, pour sa part, observé les effets des injections de bi-bromure de mercure chez 160 malades de l'hôpital militaire de Kharkov, atteints des manifestations les plus variées de la syphilis à ses diverses périodes, et il a pu aussi, dans un certain nombre de cas, comparer l'action de ce traitement à celui des injections de sublimé et de benzoate de mercure.

Le bi-bromure de mercure est une poudre cristalline blanche, peu soluble dans l'eau à la température ordinaire, mais qu'il est facile de dissoudre au moyen du chlorure de sodium dont on prend une partie pour deux parties du sel mercurique en question. Le bi-bromure de mercure contient 55,5 p. 100 d'hydrargyre métallique, donc moins que n'en renferme le sublimé (73,7 p. 100) et plus qu'on n'en trouve dans le benzoate de mercure (43,48 p. 100). Aussi, toutes les autres conditions étant égales, l'action thérapeutique du bi-bromure de mercure dans la syphilis est un peu plus lente à se produire qu'avec le sublimé, différence qu'il est d'ailleurs facile de compenser par l'emploi de solutions plus fortes.

Pour le traitement des syphilis légères ou de moyenne intensité, il suffit d'employer une solution à 1 p. 100 de bi-bromure de mercure, dont on injecte chaque fois un centimètre cube. Ces injections seraient complètement indolores. Dans les syphilis graves, il faut injecter une solution à 2 ou même à 3 p. 100, à la même dose de un centimètre cube. Cette fois, il y a des phénomènes douloureux, mais ils sont supportables au point que les malades ne se refusent jamais à continuer le traitement, à l'encontre de ce qui se produit avec les injections de sublimé ou de benzoate de mercure. Un autre avantage du bi-bromure de mercure employé en injections intra-musculaires, c'est son action quasi spécifique sur les manifestations nerveuses de la syphilis (céphalée, névralgies diverses, etc.) qui s'amendent très rapidement.

Les solutions de bi-bromure de mercure sont indéfiniment stables, à condition de les préparer avec de l'eau et du chlorure de sodium chimiquement purs.

V. DE HOLSTEIN.

De l'hermophénil dans la syphilis, par le Dr J. DE LA FUENTE (*Thèse de Madrid*, novembre 1905). — La méthode des injections sous-cutanées ou intra-musculaires constitue le procédé qu'on doit aujourd'hui employer pour le traitement de la syphilis.

Les injections peuvent être faites avec des sels mercuriels solubles ou insolubles ; parmi les solubles, l'hermophénil possède de grands avantages : il est riche en mercure, stable, actif et presque indolore ; il ne produit ni phé-

nomènes inflammatoires ni intoxication ; d'autre part il n'exerce pas d'action nocive sur les éléments anatomiques.

L'hermophénil est un composé mercuriel organo-métallique qui contient 40 p. 100 de mercure, ce qui peut être démontré par des réactifs ordinaires.

L'hermophénil possède des propriétés bactéricides puissantes. Comme médicament antisyphilitique, l'hermophénil peut être considéré comme un des meilleurs, par les bons résultats obtenus dans les accidents des trois périodes.

Les injections intra-musculaires ou sous-cutanées d'hermophénil sont légèrement douloureuses, et ne produisent ni abcès, ni indurations, ni œdèmes.

L'hermophénil, grâce à ses propriétés bactéricides peut être employé en chirurgie comme antiseptique général dans le traitement des blessures, soit en pansements humides à 40 p. 100, soit en pansements secs à 20 p. 100 et en ophtalmologie.

Son pouvoir antiseptique permet son emploi dans la désinfection de la peau, sous forme de savon ou en solution aqueuse.

F. BÉRINI.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'hématurie, par LEGUEU (*Journal des Praticiens*, 6 janvier 1906). — Après avoir fait la séméiologie de l'hématurie et le diagnostic de sa cause, l'auteur aborde le traitement symptomatique.

Il ne faut pas mettre les malades au régime lacté exclusif ; ce régime est débilitant et n'apporte aucun profit. Le repos ne doit être indiqué que dans les hématuries calculeuses : dans les hématuries spontanées, le repos est plutôt nuisible en congestionnant les reins. Il faut interdire les efforts, la fatigue, les excès sexuels, et favoriser la circulation périphérique par des frictions et du massage.

Dans les hématuries vésicales on peut injecter et laisser dans la vessie 40 à 60 grammes d'une solution d'antipyrine de 5 à 10 p. 100, ou une quantité égale de sérum artificiel à 7 p. 1000, ou encore 10 à 20 gouttes de la solution d'adrénaline à 1 p. 1000. Si ces moyens sont insuffisants il faut mettre la sonde à demeure et pratiquer l'aspiration des caillots avec une grosse seringue à injection, après avoir introduit de l'eau dans la vessie. M. DESCHAMPS.

La méthode de Cathelin dans le traitement de l'incontinence d'urine, par BRUNI (*Riforma Medica*, n° 48 1905). — Cathelin a eu le premier l'idée de porter directement la cocaïne dans le canal rachidien pour influencer les régions innervées par la queue de cheval. Il proposa les injections épidurales qui donnent les meilleurs résultats dans l'incontinence nocturne d'urine des enfants, maladie jusqu'à présent presque toujours rebelle à toutes les médications. Bruni est du même avis ; il a suivi entièrement la technique proposée par Cathelin ; elle est d'ailleurs très simple et facile. Il préfère toutefois injecter, au lieu de cocaïne, une solution chlorurée sodique physiologique contenant 1 p. 100 de stovaïne. La ponction n'est pas douloureuse du tout et même avec une injection de 5 à 10 centimètres cubes on n'a jamais d'accidents. Sur 23 malades ainsi traités 7 ont été complètement guéris avec une à deux ponctions ; 10, bien que très améliorés, doivent encore continuer le traitement : 6 enfin n'ont ressenti aucun avantage. L'auteur a aussi eu quelques résultats chez de faux urinaires, dans un cas de spermatorrhée et dans deux cas de cystite très douloureuse (tuberculose et néoplasme). La méthode de Cathelin constitue le traitement de choix dans l'incontinence infantile grâce à sa simplicité et son innocuité. Les meilleurs résultats sont obtenus avec les injections de 10 centimètres cubes d'une solution à 1 p. 100 de stovaïne.

A.-L. PERCIVAL.

L'influence des fruits sur la précipitation de l'acide urique de l'urine, par W. SMITH JEROME (*The Lancet*, 1905, II). — D'après les expériences de l'auteur certains fruits sont à recommander aux goutteux et aux graveleux, car ils diminuent la précipitation de l'acide urique dans l'urine en diminuant son acidité ; ces fruits sont : les poires, les figues fraiches, le raisin, les dattes et les oranges. Les confitures n'auraient pas le même effet bienfaisant.

M. DESCHAMPS.

La conduite à tenir dans les cystites calculeuses, par le Prof. GUYON (*Clinique de l'hôpital Necker*, 1905). — La cystite des calculeux doit être traitée avant de songer à enlever ou à broyer le calcul : agir contrairement à cette règle serait s'exposer à augmenter l'infection vésicale et à favoriser singulièrement sa propagation au rein.

Dans le traitement de la cystite calculeuse on doit s'abstenir des grands lavages vésicaux ; la vessie supporte mal la distension : on doit se borner à faire des instillations de 15 à 20

gouttes de la solution de nitrate d'argent à 1 ou 2 p. 100.

Quelquefois à une cystite intense succède une tolérance exagérée de la vessie qui se laisse distendre et n'a plus assez de contractilité pour se vider; il reste alors un résidu vésical.

Lorsque les calculs se renouvellent très rapidement, il est utile de pratiquer très fréquemment de grands lavages vésicaux pour éviter la conglomération des graviers.

M. DESCHAMPS.

Traitement non opératoire de l'hypertrophie de la prostate, par S. REYNOLDS (*Med. Rec.*, 17 février 1906). — S'il est impossible de modifier l'hypertrophie de la prostate lorsque des lésions interstitielles ont pris place, on peut cependant la prévenir si l'on arrive assez tôt, lorsqu'il n'existe que des lésions glandulaires. A ce moment la prostate peut n'être que légèrement augmentée de volume et il n'y a encore qu'une prostatite catarrhale. L'indication est alors de combattre l'élément catarrhal et de diminuer la congestion. Le massage pratiqué à des intervalles suffisamment fréquents débarrasse les glandes des sécrétions. Les irrigations rectales chaudes sont très utiles pour combattre la congestion et doivent être prises une ou deux fois par jour.

On conseillera au malade des exercices modérés, mais il devra éviter l'exercice du cheval et de la bicyclette. Il faut aussi éviter certains aliments qui sont irritants pour la muqueuse de l'urètre. On supprimera tout alcool en raison de ses effets nuisibles sur l'urètre. D'après l'auteur, le médicament qui est le plus utile pour combattre la congestion est le nitrate d'argent. Des solutions faibles sont d'abord injectées au moyen d'une petite sonde en caoutchouc souple fixée à une petite seringue. On augmente le titre de la solution suivant l'effet produit.

Le traitement interne dépend de l'existence de l'irritation et de l'état de l'urine. Si l'urine est très acide il faut employer les alcalins avec de la tisane d'uva ursi et de chiendent. Si les antiseptiques urinaires sont indiqués on a recours à l'urotropine ou à une préparation similaire.

Lorsque des lésions interstitielles se sont développées dans la prostate qui est alors devenue dure, le massage est contre-indiqué. On peut cependant employer avec grand avantage les irrigations rectales chaudes ou, si celles-ci ne sont pas bien supportées, leur substituer des bains de siège chauds. Il peut y avoir une quantité plus ou moins considérable d'urine résiduelle, mais cette quantité diminue lorsque le traitement diminue la congestion. Toutefois, on surveillera les malades à ce point de vue et on emploiera la sonde quand elle sera nécessaire.

La rétention aiguë d'urine peut survenir à la suite du froid, d'un excès alcoolique ou autre. Si le cathétérisme est impossible, on fera prendre des bains de siège chauds : l'auteur recommande ensuite la ponction aspiratrice sus-pubienne.

La cystite exige des irrigations fréquentes et larges de la vessie, en commençant par des solutions boriquées faibles.

Les solutions de formol peuvent être utiles. Enfin dans certains cas il peut être indiqué d'employer des solutions de nitrate d'argent. On se rappellera que les calculs sont parfois associés à l'hypertrophie de la prostate. Quoi qu'il en soit, avant de recourir à l'opération, il faut combattre auparavant certains symptômes qui sont justiciables d'un traitement médical.

L. JUMON.

Sur la prostatectomie par le procédé de Freyer, par LOUMEAU (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 décembre 1905). — L'auteur préconise la voie hypogastrique, selon le procédé de Freyer, comme méthode de choix, et son article a pour but de préciser la technique et les soins opératoires et post-opératoires.

La vessie est ouverte largement par une incision verticale : les deux lobes sont énucléés séparément par deux incisions antéro-postérieures pratiquées de chaque côté du col, au point culminant des masses prostatiques ; l'énucléation isolée de chaque lobe permet de ménager l'urètre prostatique : le refoulement de la prostate à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum facilite l'énucléation, mais n'est pas toujours indispensable.

Pour l'hémostase il faut pratiquer de grands lavages vésicaux très chauds par la sonde urétrale laissée en place depuis le commencement de l'opération. On peut employer de préférence la compression momentanée de la loge prostatique par tamponnement.

Les plaies endo-vésicales ne doivent pas être suturées, elles se cicatrisent au bout de huit jours.

Le drainage de la vessie est fait de préférence avec le gros drain de Freyer, de 28 millimètres de diamètre, et percé près de son extrémité vésicale de deux gros yeux latéraux : ce drain est fixé à la peau; il ne doit pas pénétrer dans la loge prostatique et s'interposer entre les lèvres de la plaie endo-vésicale. On ne suture pas la vessie, on met quelques

crins sur les muscles et la peau, et on coupe le drain au ras de la plaie hypogastrique.

Le pansement souillé par l'urine qui s'écoule du drain est renouvelé quatre à six fois: on veille au bon fonctionnement du drain en extrayant avec une pince les caillots qui pourraient l'obstruer. Tous les jours on fait un ou deux lavages antiseptiques très chauds par le drain; celui-ci est retiré au quatrième jour; on continue les lavages vésicaux par la fistule jusqu'à ce qu'elle soit fermée, c'est-à-dire au bout de quatre à sept semaines : à ce moment revient la miction physiologique, sans qu'il soit nécessaire de pratiquer le cathétérisme depuis le retrait de la sonde urétrale mise pour la durée de l'opération.

Ces différents soins de détail sont indispensables pour assurer la guérison : le drainage ne doit pas être pratiqué autrement, les tubes de Périer doivent être rejetés; seul le gros drain permet de faire des lavages et prévient les accidents septiques qui ont assombri le pronostic de l'opération de Freyer.

L'auteur termine en faisant remarquer qu'il est très difficile d'enlever une prostate saine par la voie hypogastrique, alors qu'il est facile d'enlever par ce procédé une prostate, même de petit volume, pourvu qu'elle soit adénomateuse.

M. DESCHAMPS.

Traitement de la prostatite chronique, par MARTIN (*Medical age* 10 mars 1906). — Le traitement de la prostatite est un des points les plus difficiles de la thérapeutique des voies urinaires. On doit d'abord concentrer son effort à débarrasser la prostate des germes qu'elle contient et pour cela il faut contrôler, à l'aide du microscope, les progrès de la guérison. Il est très important de régler les habitudes du sujet en ce qui concerne le régime, les boissons et la manière de vivre. Les rapports sexuels doivent être absolument défendus. Dans la neurasthénie les toniques sont indiqués. L'emploi du cathétérisme avec des bougies métalliques tous les trois jours donne de bons résultats. L'auteur recommande des injections profondes d'une solution forte d'argyrol de 10 à 50 p. 100. La solution doit séjourner dans l'urètre postérieur au moins dix minutes. On emploiera une solution de cocaïne à 2 p. 100 pour calmer la douleur dans les injections profondes. Les injections rectales chaudes sont très avantageuses dans le traitement de la prostatite chronique. Mais les meilleurs résultats sont donnés par le massage de la glande. Le massage instrumental ne doit pas être recommandé, car non seulement il n'est pas nécessaire, mais il est dangereux. Le massage doit être pratiqué avec le doigt et avec douceur sous peine de provoquer une épididymite. En quelques minutes on peut vider le contenu de la glande par le massage, après quoi on fait une irrigation. Une séance de massage tous les trois jours est très suffisante.

L. JUMON.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Périsigmoïdite d'origine ovarienne (*Soc. de chir.*, 7 mars 1906). M. MICHAUX signale un cas dont il est assez rarement question en chirurgie abdominale, bien qu'il ait lieu fréquemment: celui où les collections purulentes sont développées dans le méso de l'S iliaque. C'est ainsi qu'il fut amené à intervenir chez une femme de quarante-cinq ans qui avait des signes de phlegmon dans la fosse iliaque gauche. La malade succomba huit jours après; or l'autopsie montra que la collection remontait au devant du psoas jusqu'au rein. L'infection paraissait provenir de l'ovaire, où l'on trouva un petit abcès. MM. Monod et Hartmann prennent la parole pour citer des cas de périsigmoïdite de cause différente, car c'est chez l'homme qu'on les a observés.

Ces abcès viennent saillir dans la fosse iliaque gauche. Tantôt ils se résorbent comme M. Monod en cite une observation; tantôt ils guérissent très simplement après avoir été incisés. Le cas de M. Michaux prouve néanmoins que cette incision ne doit pas être trop tardive. M. Poncet (de Lyon) pense que l'examen du pus aurait été utile, en cette occurrence, car l'actinomycose donne parfois naissance à de tels foyers purulents.

A. BENOIT.

Du méat hypogastrique et de l'épisiorraphie dans certains cas de fistules vésico-vaginales, par CHÉNIEUX (*Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, 1906). — Dans un cas de fistule vésico-vaginale avec destruction complète de l'urètre et atrésie cicatricielle du vagin, consécutive à un accouchement laborieux, l'A. a dû renoncer à fermer cette fistule par les procédés ordinaires, et il s'est borné à faire un méat hypogastrique.

Le cloaque a été fermé ensuite de la façon suivante. On a taillé de chaque côté de la vulve deux lambeaux latéraux à grand axe vertical

de dehors en dedans, et le deuxième de dedans en dehors ; on fit alors pivoter le premier lambeau sur sa base comme charnière de façon à obturer l'orifice vulvaire avec sa face cutanée ; le bord libre fut suturé à l'avivement créé par la dissection du deuxième lambeau. Quant à ce deuxième lambeau, il fut tiré comme un rideau devant le premier, opposant sa face cruentée à la sienne, et son bord libre fut suturé au bord externe de l'avivement créé par la dissection du premier lambeau.

L'A. recommande ce procédé de méat hypogastrique et épisiorraphie comme ressource ultime lorsque la perte de substance urétro-vésicale ainsi que la rétraction cicatricielle du vagin ne permettront pas d'espérer l'obturation de la fistule par les procédés ordinaires.

M. DESCHAMPS.

Des kystes de l'ovaire (*Soc. de chir.*, 21 mars 1906). — M. TUFFIER cite un cas de kyste de l'ovaire, chez une femme de soixante-dix ans, qu'il a traité d'abord par la ponction, ensuite par l'*extirpation* totale, malgré un volume colossal, car il contenait 94 litres de liquide et était adhérent de toutes parts. MM. Ricard et Second ont aussi enlevé des spécimens de ces kystes monstres, que l'on ne voit plus guère aujourd'hui, car ils sont extirpés avant qu'ils se soient aussi prodigieusement développés. La guérison a toujours été très simple.

Par contre, M. Richelot a enlevé un kyste dermoïde de l'ovaire, pesant 50 kilogrammes environ ; la malade ne put supporter le choc et mourut au bout de deux jours.

Ces communications nous reportent au temps assez lointain des premières opérations de Kœberlé et de Péan, qui nous avaient permis de constater combien aisément les opérées supportent l'ablation de tumeurs de semblable volume, à la condition de diminuer progressivement celui-ci par quelques ponctions préparatoires, afin de rendre moins sensibles les effets de la décompression abdominale. Malgré les nombreuses ligatures que nécessite l'extirpation de ces kystes énormes, toujours plus ou moins adhérents, nous avons vu constamment la guérison survenir entre les mains de Péan, dont le service était si abondamment alimenté de ces cas anormaux. On peut donc envisager avec confiance le traitement radical des kystes de l'ovaire, chez les personnes en bon état de santé générale, sans que leur âge avancé puisse fournir une contre-indication. Ces malades sont d'ailleurs condamnées par leur infirmité au séjour au lit, c'est-à-dire à une vie précaire.

L'absence prolongée de douleurs véritables, l'éloignement de tout centre chirurgical joints à l'ignorance assurent leur réapparition périodique. Il y a pourtant lieu de s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un *kyste dermoïde* ; le cas de M. Richelot vient s'ajouter à beaucoup d'autres faits connus pour démontrer que leur extirpation est loin d'avoir la même bénignité. Il y aurait donc lieu de les ponctionner simplement, lorsqu'ils sont compatibles avec une existence assez active.

A. BENOIT.

Un nouveau procédé d'exploration gynécologique bimanuelle par M. P. PROFANTER (*Wien, Klin. Wochensch.*, 8 février 1906). — Chez les femmes obèses, à vagin étroit et long, à ventre tendu, la palpation bimanuelle rencontre un obstacle insurmontable. L'examen sous chloroforme n'était pas le moyen idéal de se renseigner sans danger, cette méthode nous privant même des indications données par la patiente sur la localisation douloureuse. l'A. a songé à utiliser l'extraordinaire relâchement de l'abdomen *sous l'eau*, ainsi que la dilatation vaginale qui l'accompagne. Avec ce moyen, il a pu avec une grande facilité, pratiquer les manœuvres de réduction nécessaires pour une *rétroflexion* adhérente de l'utérus. Il indique ce moyen comme excellent aussi dans la recherche du rein flottant. On emploiera donc avec avantage les bains tièdes, pour l'exploration de certaines déviations utérines.

A. BENOIT.

Contribution à l'étude des expulsions en position occipito-sacrée, par le Dr ARMANDO DE UDAETA (*Thèse de Madrid*, 1905). — Comme causes de l'expulsion en O. S. nous pouvons citer les suivantes : *a*) la multiparité ; *b*) les positions primitives postérieures (droite ou gauche) ; *c*) têtes petites dans tous leurs diamètres ; *d*) têtes plus grandes que la moyenne, mais rondes ; *e*) moindre résistance de l'élévateur de l'anus ; *f*) têtes qui, non seulement sont plus petites que la normale, mais ont une forme plus arrondie ; *g*) accouchements de jumeaux ; *h*) sexe du fœtus ; *i*) insertion déclive du placenta.

La palpation n'est pas difficile si on la combine au toucher.

Les différentes périodes de l'accouchement en O. S. sont normales.

Le poids moyen des fœtus, d'après les statistiques, est normal.

Les déchirures du périnée sont normales quant à leur fréquence ; l'auteur n'a jamais vu les larges déchirures dont parlent les auteurs, ni les déchirures centrales citées aussi.

La mortalité de la mère et de l'enfant est égale à zéro.

Les applications de forceps sont un peu plus fréquentes dans les accouchements en O. S. (3,15 p. 100), que dans ceux en O. P. (2,3 p. 100).

Les applications de forceps n'offrent aucune difficulté spéciale.

Les déformations de la tête du fœtus sont temporaires dans la plupart des cas.

L'expectation est la meilleure conduite à suivre, mais à condition qu'on se prépare pour faire une application de forceps directe ou en tâchant auparavant de transformer la position O. S. en O. I. G. ou D. G. ou transversale.

F. BÉRINI.

Pédiatrie.

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de médecine.

Affections aiguës de l'amygdale pharyngée chez les jeunes enfants, par HOMER DUPUY (*New-Orl. med. and surg. J.*, mars 1906).— L'inflammation aiguë des organes adénoïdes constitue un chapitre intéressant des maladies de l'enfance, qui a été moins étudié peut-être que celui de l'hypertrophie chronique des amygdales. Cependant l'origine de cette dernière doit, d'après l'auteur, être cherchée dans les inflammations aiguës qui récidivent souvent. D'un autre côté une hypertrophie amygdalienne prédispose à de nouvelles poussées aiguës. Ces inflammations sont de nature microbienne et dues surtout au staphylocoque pyogène. Elles se développent facilement sur un terrain lymphatique et après des troubles gastro-intestinaux qui déterminent facilement de la congestion des voies respiratoires supérieures. Comme l'examen de la région est difficile chez les jeunes enfants, l'affection passe souvent inaperçue et est le plus souvent considérée comme un simple rhume ou un coryza aigu. Le danger de ces inflammations est d'exposer au développement d'otites et à la surdité.

Le traitement consiste essentiellement en irrigations post-nasales faites avec des solutions antiseptiques alcalines. A l'âge où on observe l'affection on ne peut atteindre le nasopharynx que par les fosses nasales soit avec la seringue soit au moyen de pulvérisations bien faites. Ce sont surtout ces dernières que recommande l'auteur. Si l'on fait incliner la tête de l'enfant en avant, il n'y a aucun danger de refouler du côté de l'oreille moyenne les matériaux septiques. On appliquera ensuite dans les narines de la pommade à l'ichtyol à raison de 1 à 2 grammes pour 30.

On peut instiller dans les narines de l'enfant une solution aqueuse d'argyrol à 10 ou 15 p. 100, la tête étant tenue renversée. Cette substance possède des propriétés antiseptiques non irritantes. En même temps, il est indiqué de faire suivre un traitement général. L'iodure de potassium a l'avantage de diminuer les engorgements lymphatiques aigus. On peut donner le chlorate de potasse à l'intérieur; à condition de surveiller ses effets du côté des reins. Le traitement rigoureux de toutes les affections aiguës de l'amygdale constitue la meilleure prophylaxie contre l'hypertrophie des amygdales ; on y adjoindra le nettoyage habituel des fosses nasales et du naso-pharynx.

L. JUMON.

Traitement de la tuberculose du péritoine chez l'enfant par R. NEURATH (*Wien. med. Pr.*, 18 mars 1906). — Dans ce travail l'auteur discute surtout les méthodes conservatrices de traitement, ce qui, d'après les travaux publiés récemment, semblerait un anachronisme. Cependant on pourrait admettre que la laparotomie n'a pas d'influence curative directe sur la tuberculose péritonéale ; tout au plus accélère-t-elle le processus de résorption dans les cas d'ascite considérable ; on peut croire aussi que certains cas ont une tendance à guérir avec l'expectation comme avec le traitement chirurgical, et qu'enfin des cas défavorables se présentent aux deux méthodes de traitement. La laparotomie a permis parfois de constater que la péritonite était déjà en voie de guérison avancée, tandis que dans d'autres cas elle ne présentait aucune tendance à la guérison. Il est difficile d'autre part de faire une sélection entre les formes de péritonite tuberculeuse au point de vue du traitement. La forme ascitique pure, par exemple, n'est souvent qu'une illusion et après l'évacuation du liquide par la ponction, on trouve souvent des paquets ganglionnaires ou des exsudats qu'on ne pouvait constater pendant l'existence de l'ascite. Quoi qu'il en soit, on peut utiliser certaines circonstances pour le pronostic, telles que la marche de la température, l'existence ou l'absence de l'amaigrissement, et on comprend qu'on ait plus de tendance à intervenir lorsque l'état général du malade est moins compromis. Les cas fébriles, déprimés, inopérables, restent pour la statistique de l'expectation, qui ne peut dès lors être comparée à celle des opérations. Cependant certaines de ces statistiques ne sont pas en faveur d'un traitement opératoire. Il n'est pas très rare de voir la tuberculose localisée guérie dans l'enfance.

L'étude du résultat thérapeutique suivant ces

méthodes reste encore à faire. Il faut établir quelles sont les chances de guérison avec le traitement médicamenteux et diététique et quel peut être le pronostic attribuable seulement à la laparotomie; enfin quelles sont les indications de l'expectation et du traitement chirurgical.

Quant au traitement médical proprement dit, l'auteur renonce à le discuter parce que le traitement par la tuberculine a échoué et que les idées sur le traitement médicamenteux sont par trop une question de préférence personnelle. Il recommande comme les auteurs français, en dehors du repos et de tout ce qui peut relever la nutrition, les agents du climat, le séjour, par un climat chaud, au bord de la mer, qui exercent une action incontestable sur la péritonite tuberculeuse, comme sur toutes les tuberculoses localisées. L. JUMON.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

A propos des indications de la radiothérapie (*Soc. franç. de dermatologie*, 15 mars 1906). — BELOT a toujours vu guérir par cette méthode les épithéliomes limités à la peau, à condition qu'ils évoluent lentement. Si l'épithéliome est végétant, il est bon de préparer le terrain par un râclage. Si la tumeur a une évolution très rapide, on devra d'abord intervenir chirurgicalement si possible et continuer par les irradiations. Dans les cas inopérables, la radiothérapie exerce aussi une heureuse influence.

Pour l'épithéliome des muqueuses, il est, à ces rares exceptions près, difficile à guérir par la méthode nouvelle.

Dans les cas où la radiothéraphie a aggravé les lésions au lieu de les améliorer, il faut incriminer une défectuosité dans la méthode. Si l'on trouve des ganglions atteints, il faut toujour commencer par agir sur eux, ainsi que sur ceux que l'on peut croire envahis, alors qu'ils paraissent indemnes.

Il peut arriver que le traitement transforme un ulcère épithéliomateux en ulcère de Röntgen : aussi l'orateur a-t-il pour habitude, dès qu'il voit la plaie se modifier, de la protéger par une lame de plomb, de n'agir plus que sur les bords qui necessitent un traitement plus intense pour régresser, et de ne donner que de temps en temps une petite dose à l'ulcération.

Il faut aussi éviter toute infection surajoutée; toute suppuration fait perdre une grande part des bénéfices obtenus.

Si la tumeur est ulcérée il y a tout avantage à employer de suite des doses fortes (8 à 9 H.). Mais, en règle générale, il faut varier les procédés d'application suivant les lésions à traiter.

GASTOU fait ressortir que dans le service du Dr Gaucher, les épithéliomes de la face ont guéri, alors que ceux de la lèvre inférieure, de la langue et du gland se sont aggravés. Tous ces cas ont été dès le début intolérants aux rayons X.

LEREDDE estime que la radiothérapie est dangereuse dans les tumeurs à marche rapide, dans les épithéliomes étendus et dans les mélanomes.

On doit toujours éviter la radiodermite douloureuse et tenace, mais on doit, pour les tumeurs cutanées, employer des doses immédiatement inférieures à celles qui peuvent la déterminer (10 à 12 H. tous les 20 jours).

Pour l'orateur, on n'a pas le droit d'employer la méthode à la place de la chirurgie, tant qu'on ne connaîtra pas des signes certains permettant de distinguer à l'avance les tumeurs où la radiothérapie est certainement curative.

BISSÉRIÉ estime que la dose minima par séance varie entre 5 et 6 H., la dose totale ne sera jamais inférieure à 30 H. En tout cas, il faut, avant de procéder à une nouvelle application, attendre que toute trace de réaction ait disparu.

La méthode est supérieure aux autres procédés au point de vue de la conservation des mouvements et de l'esthétique.

E. VOGT.

Mode d'action et d'application du radium, par WICKMANN (*Deutsche med. Wochenschrift*, 29 mars 1906). — L'auteur, au moyen d'instruments précis, a cherché à déterminer la quantité de radiations que les divers tissus sont capables d'absorber. Il a reconnu que le derme absorbe beaucoup plus que l'épiderme, le tissu pathologique beaucoup plus que le tissu sain. Les quantités absorbées deviennent minimes à une profondeur de 2 centimètres environ, et pour agir en profondeur, il faut de fortes radiations, qui détruiront souvent les couches superficielles avant d'atteindre les points malades du fond. Il faudrait envelopper le sel de radium, de substances capables d'absorber les rayons peu pénétrants, de façon à ce que les rayons à action profonde puissent seuls passer.

L'auteur a essayé des injections de sulfate de baryum rendu radioactif, et a obtenu sur des lupus des réactions se terminant au bout de quelque temps par une cicatrice souple. Il estime qu'en étudiant le dosage d'injections de ce genre, on arrivera à perfectionner les emplois

du radium. La méthode actuelle (application d'une capsule contenant le sel de radium) ne peut donner des résultats thérapeutiques bien remarquables, vu la disproportion existant entre l'absorption des couches superficielles et celle des couches profondes. E. VOGT.

Les rayons de Röntgen dans le traitement du lipome, par BARJON (*Arch. d'électr. médicale*, 25 mars 1906). — L'auteur cite deux cas :

Dans le premier, il s'agissait de deux lipomes (cou et région lombaire); le traitement radiothérapique a été commencé il y a près de 4 mois. Dans cet intervalle, l'auteur a fait subir au malade 23 séances d'irradiations, dont 13 sur le cou et 10 sur la tumeur lombaire. L'absorption totale a été de 16 H environ pour la tumeur cervicale et de 12 H environ pour la tumeur lombaire.

Actuellement, le résultat obtenu est extrêmement satisfaisant; le cou a repris à peu près complètement son aspect normal, sa circonférence n'est plus que de 38 centimètres au lieu de 44 centimètres. La tumeur lombaire se perçoit encore, mais très affaissée, en bonne voie de guérison, et tout fait espérer sa disparition complète.

Le second malade est un homme de cinquante-huit ans atteint de leucémie myélogène avec splénomégalie, traité pour cette affection par les rayons de Röntgen. Il était porteur en même temps d'un lipome assez volumineux situé dans l'hypochondre gauche ; il profitait donc accessoirement des irradiations qui étaient administrées à la rate. La diminution de volume fut plus rapide pour le lipome, que pour la rate, et quand l'absorption atteignit 18 à 20 H pour la tumeur splénique, le lipome qui certainement en avait absorbé beaucoup moins, était très notablement diminué de volume.

Comment interpréter ces deux faits? Il ne peut s'agir d'une action comparable à celle qui se produit sur les tumeurs malignes. Dans ces tumeurs, les rayons X agissent directement sur ces cellules, leur noyau, leur protoplasma, en entravant leur reproduction. C'est une action analogue qu'ils exercent sur les tissus glandulaires normaux à reproduction rapide, testicule, ovaire, ainsi que sur les follicules du tissu lymphoïde.

Les lipomes présentent une constitution histologique toute différente. Le rôle du système vasculaire est extrêmement important dans leur édification. Ce sont les vaisseaux sanguins qui édifient autour d'eux le tissu adipeux en pénétrant le tissu conjonctif lâche. Le tissu adipeux devient en quelque sorte parasite des tissus ambiants et détourne à son profit une grande part de la circulation locale ; si on l'en privait, elle cesserait d'être une cellule adipeuse pour redevenir une cellule fixe du tissu conjonctif lâche. C'est là justement ce que réalisent les rayons de Röntgen. Nous savons que ces rayons ont une action élective sur les vaisseaux sanguins et, en particulier, les capillaires jeunes. Ils provoquent leur oblitération et leur atrophie. Tous les radiologistes ont observé l'action rapide des rayons sur les plaies bourgeonnantes et saignantes. La suppression des hémorragies est le premier résultat obtenu.

Les lipomes étant des tumeurs superficielles et facilement accessibles, les rayons doivent agir sur l'élément vasculaire tout d'abord. Les vésicules adipeuses privées de cet apport artériel indispensable à leur vie se disloquent. La graisse se résorbe et se diffuse dans l'organisme, la cellule conjonctive reprend son type primitif et la tumeur disparaît peu à peu.

Cette explication qu'il serait, du reste, facile de vérifier expérimentalement paraît à l'auteur d'accord, d'une part avec nos connaissances histologiques sur la constitution des lipomes et, d'autre part conforme au rôle attribué par les radiologistes aux rayons de Röntgen sur les productions vasculaires.

E. VOGT.

Le bromure de méthylatropine par D. BRUNO (*Riforma Medica N° 4*, 1906). — Le bromure de méthylatropine est une poudre blanche, amorphe, très légère, très amère, soluble dans l'eau, presque insoluble dans l'éther et dans le chloroforme. Les solutions étudiées étaient titrées à 1/4, 1/2, 1 p. 100.

Chez les animaux une solution à 5 p. 100 n'a pas donné de phénomènes d'empoisonnement. Avec la solution à 1 p. 100 la mydriase dure quelque peu et peut fort bien être utilisée pour l'intervention thérapeutique : les solutions plus faibles servent pour le diagnostic.

La mydriase, qui commence après dix minutes, est complète au bout de vingt; l'action anesthésiante du bromure de méthylatropine, est aussi très rapide : on n'observe presque pas d'action sur l'accommodation.

La mydriase cède en moyenne en vingt minutes à l'action d'une solution de sulfate d'ésérine à 1 p. 100, ou de pilocarpine à 2 p. 100. L'auteur n'a jamais observé le moindre effet toxique; il se trouve très bien d'un mélange de bromure de méthylatropine, de tropococaïne et de paranéphrine : il formule ainsi :

Paranéphrine.....	X gouttes.
Tropococaïne..... ...	0,05 grammes.
Bromure de méthylatropine.	0,10 grammes.
Eau distillée et stérilisée..	10 » grammes.

Mettre dans un flacon jaune. — Une goutte matin et soir.

Ce produit, qui rend aussi des services en médecine générale, grâce à son action analgésique et anesthésique, est aussi très utile dans les cas de glaucome secondaire, car il est dépourvu de toute action hypertensive.

A.-L. PERCIVAL.

Les purgatifs modernes, par MAASS (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 2 avril 1906). — L'auteur divise les purgatifs en salins, végétaux et synthétiques ; ces derniers sont surtout à considérer, car les autres sont connus depuis longtemps déjà.

Le premier en date est la purgatine (diacétate d'anthra-purpurine) ; il a l'inconvénient de colorer les urines en rouge-brun et de tacher le linge. L'émodine, qui appartient au même groupe, est beaucoup trop chère pour être d'un emploi pratique. L'exodine, mélange de dérivés de l'acide rufigallique, à la dose de 1 gramme, donne une selle au bout de huit à douze heures, sans coliques ou inconvénients d'aucune sorte.

La phénolphtaléine (purgène) semble représenter le meilleur purgatif de cette série : elle est dépourvue de toxicité et à peine assimilable : dans la portion alcaline du tube digestif elle se transforme en sel sodique qui excite le péristaltisme.

On voit par ce qui précède que les recherches dans ce domaine ne sauraient être considérées comme terminées : on trouvera sans doute d'autres corps encore, qui permettront d'obtenir, sans irriter le rein ou le foie, des effets laxatifs.

E. VOGT.

Accidents consécutifs à l'administration d'urotropine par KARWOSKI (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, XLII, n° 1). — L'Auteur a observé un malade qui prenait depuis deux semaines trois fois par jour 0 gr. 50 d'urotropine dissous dans de l'eau, et qui fut pris soudain de violentes douleurs à la miction, en même temps que ses urines devenaient troubles et contenaient de l'albumine. L'urotropine avait été ordonnée pour de la gravelle ; les accidents consécutifs à son administration cessèrent dès que l'on eut supprimé le médicament.

L'Auteur a relevé dans la littérature médicale treize cas d'accidents dus à l'urotropine, dont onze cas d'hématurie et deux cas d'albuminurie : ils les attribue à la décomposition prématurée de l'urotropine en formaldéhyde dans le sang.

M. DESCHAMPS.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

L'alcoolisme et ses dangers. — Vers la fin de décembre 1902, une affiche de couleur blanche fut placardée sur tous les murs de Paris. Elle portait, comme en-tête : « République française. Liberté, Egalité, Fraternité. — Administration de l'Assistance publique. » Puis venaient ces mots, en grosses lettres : « L'alcoolisme et ses dangers. » Suivait un extrait du procès-verbal de la séance du Conseil de surveillance de l'Assistance publique du 18 décembre 1902. Le président de la corporation des marchands de vins et liquoristes de Paris assigna tout aussitôt devant le tribunal de la Seine, en un franc de dommages-intérêts, les signataires de l'affiche, MM. de Selves, Mesureur et Thilloy.

L'assignation soutenait que l'affiche placardée était de nature à porter le plus grave des préjudices à tous les commerçants qui vendent les produits si violemment discrédités. Le tribunal, présidé par M. Turcas, a, sur les plaidoiries de Mes Flageul, Raoul Rousset et Ulrich, et après avoir entendu M. le substitut Paul Boulloche en ses conclusions, rendu un jugement d'incompétence, les signataires ayant agi non comme hommes privés, mais comme fonctionnaires de l'Assistance publique « en portant à la connaissance de tous un document d'un intérêt général au point de vue de la santé et de l'hygiène, matières qu'on ne saurait considérer comme étrangères aux attributions de l'Assistance publique, chargée, à Paris, du service des hôpitaux et hospices ». C'est devant la juridiction administrative que la corporation des marchands de vin et liquoristes devra se pourvoir (*Le Matin*).

Médecine opératoire spéciale. — M. Amédée Baumgartner, prosecteur, ouvrira un cours de médecine opératoire spéciale sur les opérations gynécologiques le mercredi 25 avril 1906, à 1 heure 1/2.

Programme sommaire du cours : 1° Dilatation de l'utérus. Curettage. Des amputations du col.

— 2° Traitement du prolapsus génital : colporraphie antérieure ; colpopérinéorraphie. Suture des releveurs de l'anus. — 3° Traitement des sténoses du col. Colpotomie postérieure. — 4° Colpotomie antérieure. Hystéropexie vaginale. Traitement des déchirures du périnée. — 5° Hystérectomie vaginale. Ablation des fibromes intra-utérins. Opérations sur la glande vulvo-vaginale. — 6° Dilatation de l'urètre. Urétrotomie externe. Taille vaginale. Traitement des fistules recto-vaginales et vésico-vaginales. — 7° Raccourcissement extra-péritonéal et raccourcissement par inclusion pariétale des ligaments ronds. Hystéropexie abdominale. — 8° Principes généraux des opérations abdominales. Opérations conservatrices sur les annexes. Ablation unilatérale des annexes. — 9° Des différents procédés de castration abdominale totale pour annexites suppurées. Technique et indications. — 10° Hysterectomie abdominale. Hystérectomies subtotale et totale. Myomectomie. Symphyséotomie et opération césarienne.

Le cours aura lieu tous les jours.

Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Le droit à verser est de 50 francs.

Les verres jaunes en ophtalmologie. — M. Motais (d'Angers), afin de protéger de la lumière les yeux sensibles, emploie, depuis quinze ans, des verres jaunes légèrement orangés, dits verres jaunes hygiéniques.

Ces verres donnent un éclairement remarquable. Le ciel et les objets sont illuminés de tons chauds, très agréables à l'œil. En outre, et malgré cette luminosité, ils produisent un effet calmant, en sorte qu'avec des teintes proportionnées à l'intensité de la lumière ou à l'hyperesthésie rétinienne, on peut préserver les yeux les plus sensibles.

L'éclairement des verres jaunes est surtout précieux lorsque l'acuité visuelle des malades est notablement affaiblie (rétinites, choroïdites, myopie progressive, atrophie des nerfs optiques, kératites, etc.) Avec les verres bleus ou fumés, ces malades n'y voient plus. Avec les verres jaunes, au moins aussi calmants, l'éclairement est à peine diminué, même dans les teintes foncées.

D'après les expériences de M. Javal, reprises par MM. Tscherning et d'autres, la double action éclairante et calmante, contradictoire en apparence, des verres jaunes, s'explique par la suppression des rayons chimiques.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur F. de Lapersonne, assisté de MM. Weiss, professeur agrégé de physique ; Poulard, chef du laboratoire de la clinique ophtalmologique ; Gellé, chef des travaux de rhinologie ; commencera le mardi 24 avril 1906, à 3 heures, dans l'amphithéâtre Dupuytren, à l'Hôtel-Dieu, un cours de *Technique ophtalmologique*, avec exercices pratiques.

Horaire du cours. — Mardi et samedi à 3 heures : Médecine opératoire. Lundi et jeudi à 3 heures : Ophtalmométrologie. Mercredi et vendredi à 3 heures : Examens otorhinologiques ; Anatomie pathologique et bactériologie.

Le cours de perfectionnement durera environ six semaines. Le droit de verser est de 50 francs.

BIBLIOGRAPHIE

Les conditions microbiennes de l'infection et l'immunité par Bodim Professeur de bactériologie à l'Univers de Rennes. Petit in-8° (19 × 12). (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*) Masson et Cie éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, à Paris. Broché 2 fr. 50, Cartonné 3 fr.

Continuant l'étude de microbie générale commencée dans les deux volumes précédents, l'auteur poursuit le même but en celui-ci : donner un exposé clair et concis des questions les plus importantes concernant les maladies bactériennes, de façon à les mettre à la portée de tous.

Ce volume est consacré au mécanisme de la maladie microbienne et, pour rendre plus aisément abordable ce sujet compliqué, l'auteur procède par voie d'analyse et envisage les deux facteurs de l'infection, les bactéries et l'organisme qu'elles envahissent avec les moyens d'action et de réaction dont dispose chacun de ces facteurs.

En premier lieu se place un aperçu sur la virulence des bactéries et les conditions microbiennes de l'infection ; puis vient l'étude des moyens de défense de l'organisme contre les microbes et contre leurs toxines, sur laquelle l'auteur a tenu à insister tout particulièrement.

Sans avoir besoin de se reporter aux longs et multiples travaux publiés sur ce sujet, tous ceux qu'intéressent les sciences médicales trouveront donc dans ce petit volume un résumé court mais aussi complet que possible de l'état actuel de la question si importante et si délicate de l'immunité dans les maladies infectieuses, ce qui n'existe dans aucun manuel de bactériologie paru à l'heure actuelle.

Précis de Dissection par Paul POIRIER, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et Amédée BAUMGARTNER, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. 1 volume petit in-8°, de la *Collection de Précis Médicaux*, de xx-280 pages, avec 169 figures dans le texte, cart. toile souple (Masson et Cie éditeurs). 6 fr.

Ce petit livre est, proprement et uniquement, un *Manuel de Technique*; ce n'est pas un manuel d'anatomie. Les auteurs y indiquent à l'étudiant *la manière d'utiliser avec profit le cadavre* sur lequel il veut étudier pratiquement ce que les traités d'anatomie lui ont appris théoriquement. Ce petit manuel est le *livre de l'amphithéâtre*. L'élève y trouvera: l'incision la meilleure et la plus ménagère pour une région donnée; l'indication précise du point limité où il doit aller chercher tel filet nerveux, telle artère; quels organes il doit d'abord mettre à nu; quelles sections osseuses, aponévrétiques ou musculaires doivent être faites, et quelles doivent être évitées, sous peine de dégâts irréparables.

L'ouvrage est ainsi divisé: 1° *Préparation par régions* ou *par groupes musculaires*; 2° *Préparation des principaux vaisseaux et nerfs*; 3° *Préparation des articulations*; et cela dans chaque partie du corps, tête et cou, membres, tronc. Les auteurs procèdent par régions limitées ou par organes pour faciliter au débutant l'étude des différentes parties ainsi segmentées du corps. Enfin ils ont établi un *programme* à suivre de telle sorte qu'au bout de deux semestres l'élève ait pu disséquer tout ce qu'on doit réclamer de son habileté.

De nombreuses figures sont intercalées; ce ne sont point des planches complètes d'anatomie; elles représentent des moments de la dissection, des procédés de préparation, des coupes à faire, des incisions à donner. Plusieurs schémas sont ajoutés pour faciliter l'étude des points délicats. Enfin des tableaux d'insertions et d'innervations musculaires permettent à l'élève de retrouver rapidement les quelques détails qui ont échappé à sa mémoire.

Essai sur la puberté chez la femme, psychologie, physiologie, pathologie, par le Dr Marthe FRANCILLON, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-16 de la Collection Médicale, cartonné à l'anglaise, 4 francs. Félix Alcan, éditeur.

Les années qui séparent la naissance de la puberté sont essentiellement caractérisées par des modifications somatiques qui toutes convergent vers un but commun, l'établissement de la fonction génitale, et constituent ainsi le caractéristique de la période prépubère.

Chez la femme, la maturité sexuelle est la conséquence d'une longue évolution organogénétique: elle est tellement complexe, que les fonctions les plus diverses unies entre elles par d'étroites corrélations, se modifient de manière à converger toutes en vue de l'établissement de la vie génitale. Les conditions extrêmes elles-mêmes, en raison de leur utilité dans la concurrence vitale, n'échappent pas à cette discipline.

L'auteur s'est efforcé d'étudier, au double point de vue anatomique et physiologique, les modifications qui transforment l'adolescente en femme pubère. Mlle le Dr Francillon a dégagé de documents épars et fragmentaires, les éléments d'une esquisse des conditions de cette phase spéciale de la vie de la femme. Le public confirmera le succès que ce livre a remporté à la Faculté de médecine de Paris, où il a fourni à Mlle Francillon l'occasion d'une brillante soutenance de doctorat.

Le livre de l'Infirmière. Guide pratique de M. N. OXFORD, adapté de l'anglais, à l'usage de la *Maison-Ecole d'Infirmières privées*, par L. CHAPTAL. Préface par le Dr Maurice LETULLE. 1 vol. petit in-8° de 312 pages (MASSON et Cie, éditeurs). 3 fr. 50.

Ce volume n'est pas le manuel théorique qu'on a jugé bon jusqu'ici de mettre entre les mains des infirmières gardes-malades en France. Essentiellement pratique, il prétend, ainsi que le dit la préface que lui a consacrée le Dr Maurice Letulle, éviter les formules toutes faites pour donner surtout des conseils adaptés à toutes les circonstances de la vie professionnelle. Ecrit par Miss Oxford, dont la vie a été consacrée aux questions hospitalières, adapté par Mlle Chaptal aux usages de notre pays, il convient excellemment à toutes les personnes qui désirent consacrer aux malades non seulement leur instruction, mais encore et surtout leur dévouement professionnel.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Anatomie pathologique du rhumatisme tuberculeux. Tuberculose inflammatoire et ses localisations ostéo-articulaires, par MM. Antonin PONCET et René LERICHE. — La doctrine du rhumatisme tuberculeux, formulée il y a quelques années par M. Poncet, est aujourd'hui en dehors de tout conteste. A son apparition, elle fut accueillie avec un certain scepticisme. Vivement discutée au début, elle fut bientôt vérifiée par l'observation journalière et contrôlée par l'expérimentation.

Comme l'a dit, l'année dernière, J. Tessier, dans son rapport au Congrès de Liège « le rhumatisme tuberculeux, ne soulève plus que des controverses d'ordre secondaire ».

Abandonnant pour le moment le terrain clinique, MM. Poncet et Leriche envisagent les lésions articulaires et osseuses que l'on rencontre dans les manifestations de ce nouveau rhumatisme infectieux.

Ils rappellent, tout d'abord, qu'il est *la localisation articulaire de la tuberculose inflammatoire*, c'est-à-dire, *d'une modalité de lésions tuberculeuses qui ne font pas leur preuve par l'anatomie pathologique*. C'est là ce qui le différencie, avant tout, des manifestations jusqu'ici décrites de la tuberculose articulaire classique.

Il ne faut donc pas le confondre avec les tumeurs blanches bénignes, avec la carie sèche de Volkmann, avec toutes les tuberculoses atténuées dont les néoformations spécifiques signent la nature. Il n'y a, entre ce groupe de lésions et le rhumatisme tuberculeux, qu'un seul point commun, leur origine tuberculeuse.

Le comprendre ainsi, ce n'est pas en restreindre les limites, c'est le renfermer sur son véritable terrain.

Quant au déterminisme pathologique exact de pareilles lésions, microscopiquement et histologiquement banales, il est assez difficile à établir.

Les travaux remarquables d'Auclair, les expériences d'Armand Delille, de Jousset, de Bernard et Salomon, d'Oppenheim et Loeper, etc.; les recherches de L. Dor, de Dieulafoy, de Griffon, de Braillon, d'Arloing, etc., tendent toutes à cette notion capitale, en l'espèce :

Avec le bacille de Koch, il est expérimentalement possible d'obtenir des inflammations simples, à marche aiguë ou chronique, se terminant par résolution ou par sclérose.

Cette détermination, par le Laboratoire, de la tuberculose inflammatoire trouve sa justification dans les lésions anatomiques de rhumatisme articulaire tuberculeux, lésions qui sont des *lésions inflammatoires, simples, courantes.*

Qu'il s'agisse du rhumatisme aigu, subaigu, chronique, le processus est le même, c'est un processus purement inflammatoire, sans caractères spécifiques.

Parfois, cependant, on saisit du côté des ligaments, des tissus fibreux péri-articulaires, comme une ébauche vers la spécificité. Il est alors tel groupement cellulaire, telle vascularisation anormale, etc., qui évoquent l'idée de la tuberculose classique (L. Dor).

Le rhumatisme tuberculeux aigu offre deux évolutions différentes, subordonnées à deux localisations anatomiques :

Une à prédominance synoviale, hydropique, guérissant par récupération intégrale des fonctions.

(Exceptionnellement le bacille de Koch a été trouvé dans les exsudats.)

L'autre, à prédominance péri-articulaire et osseuse, sèche, plastique, ankylosante d'emblée.

Quant au rhumatisme tuberculeux chronique (1), il se présente, sous les mêmes formes et avec les mêmes caractères anatomiques que le rhumatisme ordinaire, que le rhumatisme vrai.

(1) Le rhumatisme tuberculeux chronique est loin d'être rare. Dans leur important article *Rhumatismes chroniques*, du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, J. Tessier et G. Roque estiment que 50 *fois sur* 100, le rhumatisme chronque est de nature tuberculeuse.

MM. Poncet et Leriche lui considèrent deux formes : une forme *atrophique, raréfiante*, une forme *plastique, hyperostosante*.

A la première forme appartiennent les raréfactions osseuses, les médullisations plus ou moins étendues, qui s'accompagnent d'ostéomalacie partielle, diffuse.

Comme dans des processus infectieux autres que la bacillose, la moelle osseuse a un aspect fœtal, une coloration rouge, carminée. C'est une moelle d'infection, processus de défense très probablement, se traduisant par des caractères identiques à celui décrit par Josué dans sa thèse sur la moelle des tuberculeux, par Roger, dans son remarquable *Traité des maladies infectieuses*.

Ce ramollissement osseux dans lequel, malgré sa nature tuberculeuse, on ne trouve encore aucun élément spécifique, permet de comprendre, d'interpréter toute une série de déformations ostéo-articulaires survenant pendant l'adolescence : pieds plats valgus douloureux, scoliose, coxa-vara, genu valgum, etc., qu'il faut rattacher, dans nombre de cas, à l'infection tuberculeuse.

Ce chapitre des ostéomalacies d'origine bacillaire constitue une des parties les plus intéressantes de la communication de MM. Poncet et Leriche.

Les lésions du rhumatisme, chronique, noueux, déformant, celles de l'ostéo-arthrite sèche (morbus coxæ senilis et autres) sont ensuite décrites avec grand soin.

Elles sont tout à fait superposables à celles qui ont été attribuées autrefois au rhumatisme ordinaire et qui ont été si magistralement décrites par Cruveilhier, Broca, Charcot, Cornil et Ranvier, etc.

La similitude, dans les deux cas, des altérations pathologiques est telle, que MM. Poncet et Leriche émettent cette opinion, très vraisemblable en raison de la fréquence du rhumatisme chronique tuberculeux, que l'anatomie pathologique des arthropathies chroniques, dites rhumatismales, a été faite avec des pièces d'arthrites d'origine tuberculeuse.

Plusieurs figures donnent une bonne idée de ces déformations articulaires et osseuses.

Nous signalerons plus particulièrement celles qui ont trait au rhumatisme tuberbuleux ankylosant, dont le type Marie est représenté par deux ankyloses complètes, deux symostoses absolues des deux hanches.

La fusion entre les têtes fémorales et les cavités cotyloïdes est telle, que l'ensemble forme un bloc osseux, sans aucune ligne de séparation.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement.
Par le Dr **F. Lagrange**.
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 volume in-8°..... **5 fr.**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par Allyre CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr.**

Par suite de la grève des typographes parisiens, qui a arrêté la publication de la plupart des périodiques, ce numéro paraît avec six jours de retard et nous prions nos lecteurs de vouloir bien nous en excuser.

N. D. L. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

Séparation au point de vue physiologique et thérapeutique des différentes radiations produites dans les tubes Crookes et étude physiologique et thérapeutique des radiations émises par les corps radio-actifs et de leurs émanations (1).

(*Étude physiologique et thérapeutique des radiations émises par les corps radio-actifs et de leurs émanations.*)

Par M. V. Balthazard (Paris).

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

(*Travail du laboratoire de M. le Pr Bouchard.*)

La découverte du radium par M. et Mme Curie, suivant de près les recherches de M. Becquerel sur les propriétés radio-actives d'un certain nombre de substances déjà connues, a fait naître dans le monde médical, aussi bien que dans le public, de grandes espérances sur l'emploi possible en thérapeutique des nouvelles radiations. Il faut bien dire qu'à l'heure actuelle le radium n'a pas encore tenu ses promesses; les rayons du radium ont été impuissants à modifier les lésions des tissus qui avaient résisté à l'action des rayons X, et dans les cas où leur application a été favorable, ils se sont toujours montrés moins pénétrants que les radiations de l'ampoule de Röntgen et susceptibles seulement d'atteindre les lésions superficielles.

Ces résultats ne sont pas faits pour surprendre ceux qui ont suivi les recherches des physiciens sur l'analogie des radiations émises par le radium avec celles qui proviennent des tubes de Crookes. Il est en effet établi que les rayons α, β, γ du radium présentent respectivement au point de vue physique des propriétés presque identiques à celles des Canalstrahlen, des rayons cathodiques et des rayons X de l'ampoule radiographique.

Comme les Canalstrahlen, les rayons α sont très peu pénétrants et n'ont qu'un trajet

(1) XVe Congrès international de Médecine, Lisbonne (avril 1906).

très court; ce sont eux qui, sur l'écran de platinocyanure de baryum du spinthariscope, produisent la pluie d'étoiles. La mince pellicule de mica qui, dans les appareils médicaux, sépare le radium des tissus, suffit pour les arrêter. C'est dire que, dans les actions physiologiques ou thérapeutiques produites par le radium, les rayons α n'interviennent pas.

Les rayons β, comme les rayons cathodiques, sont des rayons lumineux, auxquels le radium doit la propriété d'être spontanément lumineux dans l'obscurité. Si l'on tient compte de la faible luminosité de ce corps, on est obligé d'admettre que les rayons β ne peuvent avoir sur les tissus qu'une action minime.

Quant aux rayons γ, s'ils ont avec les rayons α et β certaines propriétés communes, si comme eux ils illuminent l'écran de platinocyanure de baryum, s'ils impressionnent la plaque photographique, s'ils rendent l'air conducteur pour l'électricité, au moins sont-ils beaucoup plus pénétrants et possèdent-ils ces propriétés à un degré plus élevé. Leurs propriétés électriques et magnétiques ont permis de les assimiler aux rayons X et l'expérience a prouvé qu'ils exerçaient sur les tissus une action comparable.

En résumé, à l'heure actuelle, dans les tentatives de dissociation des effets physiologiques du rayonnement du radium, seuls les rayons γ ont paru capables d'entraîner des modifications appréciables des tissus normaux ou pathologiques, modifications identiques à celles que l'on observe après application des rayons X.

Mais si le radium peut être comparé à l'ampoule de Röntgen, quant à la nature de son rayonnement, au moins convient-il de signaler la faible intensité de ce rayonnement. L'ampoule de Röntgen constitue une source puissante de rayons X capable d'agir sur les tissus à grande distance, cinquante centimètres, un mètre; les rayons X traversent la peau, les muscles, et si le tissu osseux les absorbe, on a par là même la preuve qu'ils peuvent modifier sa constitution. Au contraire, le radium, même à l'état de bromure pur, est une source très faible de rayons γ; son action s'exerce seulement sur les tissus superficiels et même cesse à quelques millimètres de profondeur.

Suivant l'expression pittoresque de Béclère, le radium est *l'édition de poche* de l'ampoule de Röntgen.

Réduit à ce rôle secondaire de succédané des rayons X, le radium n'aurait en thérapeutique qu'un intérêt restreint, si la commodité de son maniement n'incitait les médecins à l'utiliser dans les cas où l'on se propose de modifier de lésions cutanées superficielles et aussi lorsque les lésions siègent sur une muqueuse qu'il est malaisé d'atteindre directement avec les rayons X.

Nous passerons en revue plus loin ces applications en somme assez limitées du radium.

La propriété d'émettre des rayons n'est pas la seule que possèdent les corps radio-actifs, en particulier le radium. Ils sont susceptibles de communiquer aux substances au contact desquelles ils ont séjourné, des propriétés nouvelles, de l'ordre de la radio-activité, et ces propriétés persistent un certain temps après qu'ont été éloignés les corps radio-actifs. Les substances sont devenues transitoirement radio-actives et leur radio-activité est dite *induite*.

Enfin les gaz qui ont séjourné au contact d'une solution d'un sel radio-actif possèdent non-seulement des propriétés radio-actives, mais ils sont capables, tout comme les corps

radio-actifs lui-même, de communiquer une radio-activité induite aux corps au contact desquels ils se trouvent. Les gaz perdent cette propriété en un temps variable suivant la nature du corps radio-actif; seul jusqu'à présent le radium a été étudié d'une façon méthodique à ce point de vue. On a pensé qu'il dégageait une *émanation* gazeuse qui se mélangeait aux autres gaz. Quoi qu'il en soit de la valeur de cette hypothèse, l'émanation du radium se détruit spontanément en vase clos, de telle façon que son activité diminue de moitié en quatre jours.

L'intensité de l'action physiologique de l'émanation, la facilité avec laquelle on peut l'introduire et la faire diffuser dans l'organisme, ont ouvert un nouveau champ de recherches aux physiologistes et aux thérapeutes. C'est à l'étude des propriétés biologiques de l'émanation que s'attachent à l'heure présente tous ceux qui pensent que les phénomènes de radio-activité, si répandus dans l'univers jouent un rôle important dans la vie des êtres comme dans la vie des mondes.

Parmi les corps radio-actifs, les uns comme l'uranium, le thorium, sont communs, mais leur activité est trop faible pour être utilisée en thérapeutique; les autres comme l'actinium, le polonium, sont très actifs, mais ils n'ont été isolés qu'en quantité très minime. Seul le radium est à la fois très actif et, malgré son prix élevé, assez répandu : il se prête à merveille aux expériences physiologiques et aux tentatives thérapeutiques. C'est lui seul que nous aurons en vue dans cette étude.

I. — Rayonnement du radium.

Actions sur les tissus normaux. — Dès 1901, M. Becquerel, ayant conservé pendant deux heures dans la poche de son gilet quelques décigrammes d'un mélange assez actif de bromure de radium enfermé dans un tube de verre, vit apparaître quelques jours plus tard, dans la région correspondante de la paroi abdominale, un érythème analogue à celui que produisent les rayons X. Bientôt la peau s'ulcéra, sans qu'il se manifestât de douleur; mais la cicatrisation fut extêmement lente.

M. Curie laissa pendant dix heures quelques décigrammes de bromure de radium pur, appliqués au niveau de l'avant-bras. Il y eut aussitôt un érythème qui pâlit les jours suivants, mais réapparut bientôt ; à ce niveau la peau s'ulcéra. Deux mois après M. Oudin vit la lésion ; dans la partie centrale bourgeonnante existaient plusieurs escharres noirâtres, sèches, épaisses ; tout autour de l'ulcération, la peau était fortement pigmentée. La cicatrisation fut très lente, et la guérison complète ne put être obtenue qu'au bout de six mois.

Ainsi les radiations des substances radio-actives produisent sur la peau des lésions dont l'analogie avec les brûlures de Röntgen est manifeste; même apparition tardive, même lenteur dans la cicatrisation.

Que les rayons du radium exercent une action nécrosante sur les cellules, c'est là un fait que les expériences de Mlle Zuelzer sur les protozoaires, de M. Goldberg sur les microbes, ont mis hors de doute. Il est certain toutefois que toutes les cellules vivantes ne présentent pas la même sensibilité à l'égard de ces radiations; il est, en particulier, des protozoaires et des microbes qui résistent mieux que d'autres.

Dans les tissus normaux de l'homme et des mammifères, ce sont les endothéliums vasculaires et les cellules lymphoïdes qui présentent la plus grande fragilité à l'égard du radium.

Peu après l'irradiation d'une portion du revêtement cutané, les vaisseaux du derme présentent des modifications remarquables : l'endothélium bourgeonne, s'hypertrophie, obstrue progressivement la lumière du vaisseau, qu'un thrombus achève au bout de quelques jours d'oblitérer. Il est logique d'admettre que ces lésions vasculaires, comme pour les brûlures du Röntgen, sont primitives, et que les lésions nécrotiques de la peau sont secondaires aux oblitérations artérielles. Ainsi s'explique la période d'incubation qui sépare l'apparition de la brûlure du moment où les tissus ont été irradiés ; ainsi s'explique également la lenteur de la cicatrisation qui ne peut être obtenue que grâce au développement de néo-vaisseaux au voisinage de la région nécrosée.

Alors même que l'irradiation n'a porté que sur une région minime de la surface cutanée, elle produit des altérations générales qui sont surtout visibles au niveau du tissu lymphoïde. Chez les animaux sacrifiés peu de temps après l'irradiation, on observe en effet dans la pulpe splénique le développement de nombreux macrophages qui contiennent dans leur protoplasma les débris des petites cellules lymphoïdes nécrosées. Lorsque les animaux ont succombé à l'action des radiations du radium, la rate, comme l'ont noté tous les observateurs, depuis que MM. Kientock, London, Boden ont signalé le fait, est petite, noire, dure. La destruction des éléments lymphoïdes, charriés par la circulation sanguine et par la circulation lymphatique, n'a pourtant lieu que dans la zone cutanée irradiée ; mais les éléments morts, qui sont devenus de véritables corps étrangers, sont arrêtés dans la rate et englobés par les macrophages. La fragilité du tissu lymphoïde a d'ailleurs été démontrée directement par M. Heineke, qui a placé une capsule de radium au contact de la rate, amenant ainsi une atrophie presque totale des follicules de la rate. Le radium est donc capable de déterminer, chez le malade atteint de leucémie lymphogène, des modifications favorables analogues à celles qui ont été obtenues par l'emploi des rayons X.

MM. Scholtz, Seldin ont montré que le radium exerce sur le testicule une action azoospermique comparable à celle des rayons X. Quant aux lésions nerveuses signalées comme cause de la mort par MM. Danysz, Obersteiner, après l'application prolongée du radium au voisinage du bulbe et de la moelle épinière, elles paraissent, comme les lésions cutanées, sous la dépendance des altérations vasculaires.

Action sur les tissus pathologiques. — L'action élective du rayonnement du radium sur les endothéliums vasculaires a été mise à profit pour le traitement des nævi vasculaires, qui disparaissent après quelques séances de radiumthérapie.

De même les tumeurs épithéliales, lorsqu'elles siègent au niveau de la peau, cancroïdes et épithéliomas cutanés, sont favorablement influencées par l'application du radium ; en 15 à 20 séances, on obtient une régression marquée et parfois même la disparition complète de ces tumeurs. La cicatrice est particulièrement souple et régulière dans les cas heureux.

Les rayons du radium, soit par leur action directe sur les cellules cancéreuses, soit par les thromboses vasculaires qu'ils provoquent, soit enfin par la réunion des deux processus, détermineraient probablement l'atrophie des tumeurs cancéreuses et sarcoma-

teuses du sein, de l'utérus, etc., s'il était possible d'irradier convenablement toutes les parties de ces tumeurs. Malheureusement, les rayons du radium sont trop peu pénétrants pour que, même en introduisant dans l'épaisseur de la tumeur les petites ampoules qui renferment le sel radio-actif, on puisse espérer atteindre tout le tissu morbide.

L'emploi du radium doit être réservé au traitement des épithéliomas cutanés superficiels dont l'étendue ne dépasse pas 3 à 4 centimètres de diamètre.

Les nodules lupiques s'atrophient sous l'influence du rayonnement du radium, souvent sans s'ulcérer, et M. Danlos a pu obtenir des guérisons durables. Les résultats observés ne sont d'ailleurs pas supérieurs à ceux que donnent les rayons X, et l'emploi du radium dans le traitement du lupus n'est guère indiqué que lorsque les nodules sont isolés, disséminés ou lorsqu'ils siègent dans le conduit auditif, les fosses nasales, le pharynx, c'est-à-dire en des régions inaccessibles aux rayons X.

Pour la même raison, le radium a été utilisé dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage, et M. Exner a rapporté six observations dans lesquelles la sténose du conduit a pu être levée par ce procédé; M. Einhorn a confirmé par neuf nouveaux cas ces heureux résultats.

On a beaucoup vanté l'action analgésiante des rayons du radium; les douleurs névralgiques (Darier), les douleurs fulgurantes des tabétiques (Raymond et Zimmern), seraient rapidement calmées par les applications de radium *loco dolenti*. Que le radium puisse agir sur les terminaisons nerveuses de la peau, rien n'est plus certain; mais qu'à travers une épaisseur de plusieurs centimètres de tissus, on puisse espérer influencer le nerf sciatique, par exemple, c'est là chose bien invraisemblable. On ne saurait trop recommander aux observateurs de se mettre en garde contre la suggestion, toujours possible dans l'appréciation de phénomènes purement subjectifs.

Le radium a une action destructrice sur les microbes et sur certains poisons; cette action, démontrée par nombre d'auteurs pour les bactéries, par M. Phisalix pour les venins du serpent, par MM. Tizzoni et Bongiovanni pour le virus rabique, est susceptible d'applications thérapeutiques importantes. L'irradiation de la région inoculée avec le virus fixe de la rage, lorsqu'elle est suffisamment précoce et intense, empêche chez les animaux le développement de la rage expérimentale. Nul doute que, dans des conditions favorables, des résultats analogues soient bientôt obtenus chez l'homme, grâce à l'application du radium sur la région mordue par l'animal enragé.

II. — Emanation du radium.

L'émanation du radium, source des mêmes radiations que le radium lui-même, possède toutes les propriétés des gaz, si ce n'est qu'elle se détruit spontanément jusqu'à perdre moitié de son activité en quatre jours. La facilité avec laquelle elle diffuse dans l'organisme entier, communiquant à tous les tissus une radio-activité induite durable, devait conduire à l'utiliser pour étudier l'influence de la radio-activité sur les phénomènes biologiques. Des expériences furent entreprises qui prouvèrent que l'inhalation prolongée de l'émanation du radium peut amener la mort des petits animaux, tels que la grenouille (London), la souris et le cobaye (Bouchard, Curie et Balthazard).

Dans les recherches de ces derniers auteurs, le dispositif employé permettait de faire vivre les animaux dans une atmosphère chargée d'une grande quantité d'émanation, tout en régénérant par un procédé chimique l'air vicié par la respiration. L'émanation émise pendant une heure par 50 grammes de bromure de radium, soit 50 grammes-heure, répartie dans un flacon de 2 litres tue la souris en 4 heures, le cobaye en 7 heures.

Les animaux manifestent tout d'abord des symptômes respiratoires; la respiration prend un rythme saccadé, l'expiration devient très brève et la pause respiratoire s'allonge. En même temps l'animal se met en boule, reste immobile, et son poil se hérisse. Plus tard, l'animal tombe dans une torpeur profonde et se refroidit; les mouvements respiratoires gardent leur caractère, mais leur fréquence diminue beaucoup et dans l'heure qui précède la mort, on ne note plus que dix, huit et même six inspirations par minute. Bien que les animaux restent absolument immobiles et affaissés, il n'y a pas à proprement parler de paralysies, car les irritations violentes amènent toujours des mouvements réflexes; il existe même un certain degré de contracture des membres avec parfois quelques convulsions.

A l'autopsie, la lésion dominante consiste en une congestion pulmonaire intense. A l'œil nu, les poumons apparaissent à leur face externe ponctués de taches rouges séparées par des espaces rosés. Au microscope, on observe une dilatation considérable des vaisseaux et des capillaires et quelques petites vésicules d'emphysème. Toutefois il n'existe pas d'hémorragies interstitielles ou alvéolaires, l'épithélium des alvéoles et des bronches est intact. Le sang subit des modifications qui portent surtout sur les leucocytes, dont le nombre est très diminué; toutefois le pourcentage des diverses variétés de leucocytes ne paraît guère modifié. Les leucocytes détruits se retrouvent dans les macrophages de la rate. Il n'existe pas d'altérations microscopiques grossières au niveau du foie, des reins et du cerveau, en dehors d'une congestion assez marquée.

Les animaux qui ont succombé à l'action de l'émanation ont des tissus radio-actifs. Le corps d'un cobaye, placé sur une plaque photographique entourée d'un papier noir, a donné une image sur laquelle les poils sont indiqués avec une grande netteté.

Nous avons recherché par la méthode photographique la radio-activité des divers tissus de l'organisme de ce cobaye; tous sont radio-actifs, mais à des degrés variables. La radio-activité atteint son maximum avec les poils; la peau rasée est peu radio-active, l'œil également. L'intensité est à peu près égale pour le rein, le cœur, la rate et le cerveau; elle est, chose curieuse, beaucoup plus grande pour les capsules surrénales et surtout pour le poumon.

Cette action radiographique dépend de deux causes, la radio-activité induite des tissus et la présence d'émanations dissoutes dans les humeurs; il est intéressant de rechercher la part qui revient à chacune d'elles.

Le procédé le plus simple pour arriver à ce résultat consiste à extraire par le vide et à recueillir à l'aide d'une trompe à mercure tous les gaz contenus dans les organes, ces gaz entraînant la totalité de l'émanation, dont on mesure la quantité par la méthode électrique de Mr. Curie (1). Cette méthode, basée sur l'évaluation de la conductibilité électrique que la présence de l'émanation communique aux gaz, donne des résultats comparatifs très précis.

(1) Chéneveau. Méthode et appareils de mesure de la radio-activité. *Le Radium*, n° 6, 15 déc. 1904.

Ayant injecté sous la peau d'un cobaye 20 centimètres cubes d'air renfermant un gramme-heure d'émanation, nous avons pu constater que, trois heures après, les organes du cobaye sacrifié se classent dans l'ordre suivant pour la quantité totale d'émanation qu'ils renferment : capsules surrénales, poumons, foie, peau, rate, reins.

Mais si l'on rapporte à l'unité du poids, on trouve que 1 gramme de capsules surrénales renferme :

4,7	fois plus d'émanation que	1 gramme	de rate
11,4	—	—	de poumon
15	—	—	de peau
60	—	—	de foie
100	—	—	de rein

La totalité de l'émanation qui reste dans le corps du cobaye 3 heures après l'injection corrrespond, d'après un calcul approximatif, au douzième de la quantité injectée. Les 11 douzièmes ont donc été éliminés surtout par le poumon et la peau. D'ailleurs, si l'air expiré renferme une quantité appréciable d'émanation, les urines n'en contiennent que des traces.

Sans donner de résultats superposables, les autres expériences ont toujours fourni des indications de même sens. Dans la première heure après l'injection, l'émanation semble répartie à peu près uniformément dans les tissus, mais ensuite elle se localise avec élection dans les organes éliminateurs, poumons, peau, et surtout dans les capsules surrénales qui en contiennent plus que le restant du corps. Au bout de 5 à 6 heures après l'injection, l'organisme du cobaye ne renferme plus d'émanation et les tissus ont perdu toute radio-activité.

Les recherches de Bergell, Braunstein et Bickel ayant prouvé que l'émanation accroît l'action zymotique de le pepsine, de la pancréatine et des ferments en général, la localisation élective de cette émanation sur les glandes à sécrétion interne n'est pas chose indifférente pour le thérapeute. Elle laisse entrevoir la possibilité d'agir sur les maladies de la nutrition liées au mauvais fonctionnement de ces glandes, diabète, maladie d'Addison, goître exophthalmique. Elle explique peut-être aussi l'action stimulante qu'exercent sur les sécrétions les eaux minérales qui renferment de l'émanation, lorsqu'elles sont prises à la source.

Peut-être qu'injectée avec des gaz ou inhalée, l'émanation exercera une influence heureuse sur l'évolution de certains processus infectieux des bronches ou des poumons et de certaines maladies virulentes comme la rage. Actuellement, elle n'a à son actif que les résultats encourageants obtenus par M. Braunstein dans le traitement des tumeurs profondes à l'aide des injections interstitielles d'eau tenant l'émanation en solution.

III. — Technique de la radiumthérapie.

Mme Curie ayant démontré que l'intensité du rayonnement du radium est proportionnelle à la surface d'émission, et à partir d'une épaisseur minime à peu près indépendante de l'épaisseur de la surface radiante, il y a tout intérêt pour les emplois thérapeutiques, vu le prix élevé des sels de radium, à étaler ces sels en couche aussi mince et aussi homo-

gène que possible. Nous avons vu d'autre part que les rayons sont absorbés en grande partie même par une mince lame d'aluminium ou de mica ; aussi se contente-t-on de recouvrir le sel radio-actif d'une couche mince d'un vernis protecteur. Le sel de radium employé est le sulfate, beaucoup moins hygrométrique que le bromure, émettant par suite moins d'émanation et plus de radiations.

Pour éviter la production des radiumdermites, il est nécessaire de mesurer l'intensité du rayonnement pour le sel radio-actif dont on dispose. Le radiochronomètre de Holzknecht qui sert à mesurer la quantité de rayons X émis par une ampoule, en unités H, permet également d'évaluer la quantité de rayons γ provenant d'une substance radioactive. Si la surface radifère fournit, par exemple, 4 H en une demi-heure, il sera prudent de ne pas appliquer cette substance plus d'une demi-heure par séance au même point de la peau, et d'espacer d'une quinzaine de jours les séances successives.

Certes, il n'existe pas un parallélisme précis entre l'action des rayons X et celle des rayons du radium ; néanmoins, en observant la règle que nous venons d'indiquer et en n'appliquant pas plus d'une demi-heure une substance radifère d'activité 500.000, c'est-à-dire 500.000 fois plus active que l'uranium métallique dont la radio-activité est prise pour unité, pas plus de six à sept minutes le sulfate de radium pur qui a une activité de 2 millions, on est à peu près assuré de ne pas provoquer de lésions graves et de ne pas dépasser l'érythème aisément curable que l'on voit apparaître au moment même de l'application.

En résumé, les règles que doit observer le radiumthérapeute sont les mêmes que dans la thérapeutique par les rayons X, au moins dans l'état actuel de la question. Mais la substance radio-active dont on dispose est une source constante de radiations, contrairement à l'ampoule de Röntgen, dont le débit est variable avec la résistance du tube et avec les constantes physiques du courant induit qui l'alimente. Aussi suffit-il de déterminer une fois pour toutes l'activité de la substance radio-active, tandis qu'il est nécessaire à chaque application d'estimer à l'aide du godet de Holzknecht la quantité de rayons X administrés. Les accidents causés par le radium seront de ce fait plus rares que ceux provoqués par les rayons X, puisque chaque radiumthérapeute acquerra rapidement des notions précises sur l'activité physiologique des rares échantillons de radium dont il pourra disposer.

Les mêmes considérations n'ont pas de raison d'être pour l'émanation. Avec les modes d'administration actuels, injection d'eau radio-active, injection et inhalation de gaz radioactifs, l'émanation s'élimine assez rapidement et n'agit par suite qu'un temps très court. L'émanation produite par les quantités maxima de sels de radium dont on dispose serait incapable dans ces conditions de déterminer des accidents chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, pour recueillir l'émanation, on peut évaporer une solution de bromure de radium et condenser l'eau qui distille. Plus simplement, on place la solution de bromure de radium dans un récipient fermé et au bout de quatre à cinq jours, on aspire les gaz placés au-dessus de la solution ; ils renferment la quantité maxima d'émanation que puisse dégager le bromure de radium. Au bout de quatre jours, en effet, la quantité d'émanation qui se détruit spontanément est exactement égale à la quantité d'émanation que dégage la solution.

Conclusions

1° Le radium exerce sur les tissus normaux et pathologiques une action comparable en tous points à celle des rayons X. Les quantités de radium dont on dispose à l'heure actuelle constituent des sources de radiations beaucoup moins puissantes que l'ampoule de Röntgen. Les radiations du radium sont très peu pénétrantes, analogues à celles qu'émettent les ampoules les plus molles.

2° L'emploi thérapeutique du rayonnement du radium doit être réservé aux cas où les tissus morbides, cancroïdes, nodules lupiques, angiome, occupent une situation très superficielle, surtout lorsqu'ils siègent dans les cavités de l'oreille et du nez, dans le tube digestif, régions que les rayons X ne peuvent atteindre directement.

3° L'émanation du radium possède des propriétés cytolytiques et bactéricides qu'elle doit à son rayonnement, identique à celui du radium ; l'émanation exerce en outre une action excitante sur les ferments de l'organisme. La facilité avec laquelle elle diffuse permet de faire porter son action sur les régions profondes de l'organisme que n'atteindraient pas les rayons du radium.

4° L'émanation, introduite dans l'organisme, se localise sur les glandes à sécrétion interne (Bouchard, Curie et Balthazard), surtout sur les capsules surrénales. Elle s'élimine par les poumons et les annexes de l'épiderme et en faible proportion par les reins. L'élimination dure cinq à six heures.

5° Le danger des radiumdermites est nul si l'on prend soin de comparer à l'aide d'un radiochronomètre l'échantillon de radium dont on dispose à d'autres échantillons dont l'action sur les tissus a déjà été expérimentée, ou encore aux rayons X, observant les mêmes règles d'application que pour ces derniers (au maximum 4 unités Holzknecht par séance, pas plus de 10 H par mois en un même point de la peau).

6° Les quantités d'émanation dont on dispose actuellement, introduites dans l'organisme de l'homme, sont incapables d'occasionner aucun accident.

DE L'EMPLOI DE L'ALYPINE COMME ANESTHÉSIQUE OCULAIRE,

Par le Dr E. Sendral.

L'emploi de la cocaïne en ophtalmologie rend des services inappréciables chaque jour, soit pour obtenir l'anesthésie chirurgicale qui nous permet de nous attaquer à toutes les opérations oculaires ou palpébrales, soit pour calmer les douleurs parfois si violentes ou

la gêne, qui accompagnent maintes affections médicales. Cependant le malade se plaint de l'effet quelquefois durable des instillations de cocaïne qui laissent la vue trouble à la suite d'un accident banal, tel que l'extraction d'un corps étranger par exemple et qui le privent de l'usage de la vision binoculaire indispensable pour exercer certaines professions.

En outre, l'usage de la cocaïne peut être dangereux en présence d'un malade atteint des douleurs si violentes du glaucome ou de certaines formes d'iritis séreuse, en raison de son action sur la mydriase et la tension oculaire. Enfin, avec la cocaïne, on constate, soit que la solution soit trop concentrée ou les instillations trop abondantes, soit que le médicament soit de mauvaise préparation, on constate, dis-je, une desquamation épithéliale qui donne à la cornée un aspect louche; une cornée ainsi altérée n'est-elle pas toute prête à s'infecter? Un dernier reproche qu'on peut faire à la cocaïne, c'est sa toxicité, bien que ce médicament puisse être manié presque sans danger, tout au moins en oculistique.

Aussi n'est-il pas étonnant qu'on ait cherché mieux, et on s'est adressé à la stovaïne qui jouit de quelques avantages sur la cocaïne en raison de sa toxicité moindre et de son action presque nulle sur l'accommodation et le tonus intra-oculaire. Cependant M. le Prof. de Lapersonne, qui a fait une étude très approfondie de la stovaïne, constate que l'insensibilité est plus marquée du côté de la cocaïne et dure plus longtemps; il donne pour les instillations la préférence à la cocaïne, et pour les injections sous-conjonctivales il s'adresse plutôt à la stovaïne dont l'action anesthésique dure plus longtemps par ce mode d'emploi. Mais la propriété fortement vaso-dilatatrice de la stovaïne entraîne une hémorragie en nappe qui voile le champ opératoire et vient compliquer par exemple l'opération du chalazion ou du strabisme; en thérapeutique oculaire, cette congestion peut être fâcheuse. Aussi a-t-on continué l'étude des anesthésiques pour trouver un médicament qui possède les qualités de la cocaïne et de la stovaïne sans en avoir les inconvénients. Depuis quelque temps l'*Alypine* est à l'essai et elle nous paraît jouir de propriétés très sérieuses après un essai poursuivi pendant deux mois. Ce produit a été surtout étudié en Allemagne par le Prof. Seifert, de Wurtzbourg, en chirurgie générale (*Deutsch. med. Woch.*, n° 34, 1905) par les Drs V. Sicherer, de Munich (*Ophtal. Klinik*, n° 16, 1905), et Seeligsohn, de Berlin (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, 1905), en chirurgie oculaire. En Russie, le Dr Th. Joulebine (*Rousski Vratch*, 31 décembre 1905) vient encore d'attirer l'attention sur ce nouvel anesthésique local, ainsi que tout récemment M. Impens dans le *Journal de Pharmacie et de Chimie*. En chirurgie des voies urinaires, l'alypine a donné de bons résultats entre les mains de Max Joseph et Klaus (*Deutsch. med. Woch.*, 7 décembre 1905).

Sur les conseils du Dr Blondel qui avait été mis au courant de ces récents travaux, j'ai employé l'alypine depuis deux mois et me déclare satisfait de mes premiers essais.

Tout d'abord, qu'est l'alypine? L'alypine est un dérivé du benzyl-étyle-carbinol; c'est une substance cristalline, blanchâtre, facilement soluble dans l'eau et d'un prix inférieur à celui de la cocaïne. Il peut être considéré comme un dérivé de la stovaïne, puisqu'elle n'en diffère, au point de vue de sa composition chimique, que par un groupe diméthyleamido, ajouté au noyau principal de la stovaïne.

L'effet anesthésique de l'alypine est identique à celui de la cocaïne, peut-être même supérieur avec une solution à 2 p. 100; après une minute à une minute et demie, il se pro-

duit une anesthésie presque complète de la conjonctive et de la cornée; l'action devient plus parfaite en procédant à une deuxième instillation après deux minutes.

La moindre *toxicité* de ce médicament en permet un emploi plus large. L'œil est anesthésié complètement après une deuxième instillation de III gouttes, sans mydriase, sans troubles de l'accommodation, sans élevation de pression intra-oculaire; la cornée conserve sa transparence. L'anesthésie dure pendant dix à douze minutes environ et *la légère hyperhémie produite au moment de l'instillation disparaît avec le retour à la sensibilité*. Son instillation entraîne une sensation de brûlure peut-être un peu supérieure à celle de la cocaïne, mais qui disparaît rapidement; cependant il est bon de noter l'action immédiate légèrement irritante.

La solution à 2 p. 100 nous paraît répondre à tous nos desiderata soit en instillation, soit en injection sous-conjonctivale. Nous avons expérimenté l'alypine au cours des opérations suivantes : 2 strabotomies, 2 cataractes, 1 cataracte secondaire, 1 iridectomie optique, 1 iridectomie anti-glaucomateuse.

Dans toutes ces opérations, nous avons fait une première instillation de III gouttes que nous avons réitérée deux minutes après; l'anesthésie était alors complète et nous permettait de commencer notre intervention. Quand l'intervention devait durer plus de dix minutes, l'instillation d'une goutte de la solution au moindre réveil de la douleur, nous permettait de terminer certains chalazions ou sections musculaires qui entraînaient une durée opératoire supérieure.

Je cite quelques opérations faites avec l'alypine.

Cataracte sénile. — Femme de soixante ans. L'anesthésie de l'œil droit est obtenue par une double instillation de III gouttes de la solution à 2 p. 100 à deux minutes d'intervalle. La section cornéenne ne présente aucune douleur; à noter une légère douleur lors de la section irienne. L'extraction de la cataracte et des masses corticales se fait dans d'excellentes conditions.

Cataracte secondaire. — Homme, cinquante-six ans. L'anesthésie étant obtenue de la même façon que précédemment, nous introduisons l'aiguille-serpette et faisons une large discision, sans que le malade éprouve la moindre douleur.

Chalazion de la paupière supérieure. — Dans tous les cas de chalazion que nous avons enlevés par la voie externe, la double instillation de la solution d'alypine a été complétée par une injection sous-conjonctivale de quelques gouttes de la même solution. La solution injectée ne se diffuse pas facilement. La section de la peau et la dissection du kyste se font aisément en instillant une goutte de collyre, au moindre réveil de douleur. L'anesthésique ne se diffusant pas facilement dans le tissu dense du tarse, le malade accuse de la douleur au moment où l'on procède à la section de la partie adhérente au tissu tarsien.

Opération du strabisme. — Après une double instillation avec injection sous-conjonctivale, la section conjonctivale a lieu aisément; ce n'est qu'en chargeant le muscle sur le crochet que le malade perçoit un tiraillement douloureux; de même au moment de la

reprise des ailerons musculaires. D'ailleurs cette douleur se rencontre aussi bien avec la cocaïne ou la stovaïne.

Si l'alypine peut rendre de grands services en chirurgie oculaire, son emploi offre des applications en thérapeutique. C'est ainsi qu'on peut soulager les symptômes subjectifs si pénibles des blépharites, des conjonctivites, des altérations cornéennes ou épisclérales et même les iritis ou les douleurs du glaucome. Comme un exemple typique, citons l'observation d'une vieille femme de quatre-vingt-deux ans ayant perdu la vision de l'œil droit à l'âge de soixante ans d'un décollement rétinien. Elle s'est présentée à nous le 1er février, se plaignant de douleurs périorbitaires atroces; l'œil est fortement injecté, hypertone; l'iris est adhérent par son bord libre au cristallin dégénéré et vient coiffer la partie postérieure de la cornée, poussé par le liquide rétroirien. L'état général de la malade étant très mauvais, nous avons rejeté l'intervention pour le moment et avons instillé largement un double collyre de pilocarpine et d'alypine. Dès le lendemain, les douleurs étaient moins violentes et allaient en s'atténuant chaque jour; vingt jours après, l'œil avait repris sa coloration normale et la malade n'accusait plus que de vagues douleurs. L'état local reste toujours grave, mais si nous avons l'heureuse chance de pouvoir lutter avec le même succès contre le réveil des douleurs, cela nous permettra de gagner du temps, chose importante, étant donné l'âge avancé de la malade et son mauvais état de santé.

Telles sont les considérations que nous pouvons envisager dès maintenant après notre essai de quelques semaines; l'alypine mérite de prendre une place sérieuse en thérapeutique oculaire, et il est bon de continuer son étude avant de proclamer sa supériorité dans tous les cas sur la cocaïne et la stovaïne. Il est bon, dès maintenant, de retenir ses avantageuses qualités : sa moindre toxicité, l'absence de mydriase et de troubles d'accommodation, son action nulle sur la tension intra-oculaire et sur la cornée; à toutes ces qualités s'ajoute un pouvoir anesthésique très réel et l'absence de congestion oculaire.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 25 avril 1906.

Présidence de M. DUCHÈNE.

M. BARDET fait une communication sur le *traitement du mal de mer*. Quand on cherche à ce sujet des renseignements dans les auteurs classiques, on s'aperçoit que la question n'a pas été approfondie, et cependant cette affection, avec ses variétés (mal de chemin de fer, de voiture, etc.), joue actuellement un rôle important, car les déplacements deviennent de jour en jour plus fréquents et plus prolongés.

L'orateur a peine à admettre qu'une indisposition de ce genre, qui peut durer plusieurs jours et présente des formes parfois très graves, soit constituée par un simple trouble vertigineux d'origine cérébrale ou cérébelleuse ; on se trouve en présence d'une vraie maladie, et, pour certains cas, l'orateur a pu s'en assurer. Ayant emporté, au cours d'un voyage sur mer, du papier réactif, il a trouvé sur un sujet une acidité très élevée des matières vomies à jeun : il y avait donc là un état migraineux chez un hypersthénique. Il faut admettre que chez les hyperchlorhydriques le mouvement du bateau provoque une crise semblable à celles que le surmenage, les émotions, les indigestions amènent sur la terre ferme. Les indications thérapeutiques découlent de cette constatation : il faut calmer la muqueuse gastrique et saturer l'acidité.

A première vue, un des médicaments qui ont la vogue, surtout sur les lignes allemandes et anglaises, le validol, ne paraît pas satisfaire à ce désidératum, car on le prescrit à titre de tonique, et les toniques sont absolument contre-indiqués dans la crise d'hypersthénie.

Mais, en serrant le problème de plus près, l'orateur a pu reconnaître que les faits observés étaient interprétés d'une façon erronée.

Le validol est un éther valérianique de menthol, qui exerce une action inhibitrice sur les fonctions digestives, et diminue les sécrétions : on s'explique donc son action favorable et il y a lieu d'en tenir compte dans l'établissement d'une formule de potion contre le mal de mer.

Pour saturer l'acide chlorhydrique en excès, l'orateur fait prendre, au moment de l'embarquement, un paquet de saturation, constitué par deux ou trois grammes de carbonate de chaux ou de magnésie, avec un peu de sous-nitrate de bismuth.

Pour calmer les contractions musculaires exagérées, il faut s'adresser aux alcaloïdes, mais ici on fera sagement de ne pas prescrire ces produits en solutions concentrées : il n'est pas facile, au milieu d'une tempête, par exemple, de compter les gouttes versées et l'unité de dosage doit être la cuillerée à café. D'un autre côté, les alcaloïdes se dissolvent parfois mal dans l'eau, le validol est dans le même cas : un support alcoolique est donc nécessaire, d'autant plus que les passagers le préfèrent en général.

La formule adoptée est la suivante :

Pictrotoxine	0.05	grammes.
Chlorhydrate de morphine	0,05	—
Sulfate neutre d'atropine	0,01	—
Validol	10	—
Curaçao	250	—

On prendra, pour commencer, une cuillerée à café toutes les heures : maximum, par jour, 5 cuillerées.

L'accès paroxystique sera ainsi notablement diminué : le premier jour, il est préférable de s'abstenir de toute alimentation. Le second jour, on prendra toutes les heures et demie une toute petite tasse de café de lait pur ou aromatisé. Le troisième jour, on permettra de petits repas fréquents, puis on reviendra au régime normal : il est toutefois préférable de ne pas se présenter à la table commune, où des incidents pénibles, l'odeur désagréable peuvent provoquer de nouveaux accès.

Grâce à ce traitement, l'orateur a pu juguler en trois jours le mal de mer chez un sujet se rendant dans la République Argentine et qui, au cours des précédents voyages, était malade pendant toute la durée de la traversée.

Le *mal de terre* est beaucoup plus difficile à combattre. Le traitement ci-dessus ne s'adresse qu'à une catégorie de malades, car il est connu que certains dyspeptiques se portent admirablement dès qu'ils sont sur mer : leur sympathique n'est pas déséquilibré par les mouvements du bateau.

M. Désesquelles a réussi, chez un de ses clients, à supprimer le mal de mer habituel par l'administration d'eau bromoformée : l'orateur a été conduit à cette médication par l'observation des effets produits dans le vomissement des tuberculeux par ce médicament. La dose a été de 10 cuillerées à café pour la traversée de Dieppe à Newhaven. Le sujet, gros mangeur, a continué à s'alimenter.

M. Chevalier estime que les troubles gastriques du mal de mer sont des phénomènes accessoires, car on peut souffrir de ce mal sans présenter de nausées ou de vomissements. On se trouve plutôt en présence de troubles sympathiques, rappelant les vomissements de la grossesse : ces derniers peuvent être combattus avec succès par l'acide protocétrarique, extrait du lichen d'Islande, et il y aurait lieu de voir si ce médicament, qui excite le pneumogastrique, ne produirait pas de bons effets dans le mal de mer.

M. Robert-Simon ne croit pas que l'hypersécrétion acide soit la cause du mal de mer : l'orateur, hyperacide lui-même, a été le seul, dans une traversée de l'Adriatique, à ne pas souffrir. Chaque fois qu'il ressentait un vertige, il prenait son peu d'aliments.

En outre, il y a des influences accessoires qui provoquent l'accès : on résistera tant qu'on reste sur le pont, mais dès qu'on descend dans les cabines et qu'on respire un air surchauffé et renfermé, l'accès se manifeste.

L'orateur, qui avait résisté au voyage en mer, fut pris, dès qu'il débarqua, de vertiges tels qu'il dut s'aliter pendant douze heures.

Ces faits ne paraissent pas parler en faveur de l'étiologie invoquée par M. Bardet.

M. Gallois, contrairement à l'orateur précédent, n'a échappé au mal de mer qu'en supprimant toute alimentation. En outre, il a constaté que, sur de petits bateaux, il reste indemne de toute atteinte.

M. Catillon considère que le mal de mer est un phénomène très variable : beaucoup de malades vomissent de la bile alcaline.

M. Bardet admet aussi des catégories diverses de malades, mais il croit que si l'on a affaire à des vomissements réguliers, hyperacides, on se trouve en présence des crises hypersthéniques exigeant le traitement qu'il préconise.

Quand le système nerveux est surtout atteint, c'est à l'eau bromoformée ou chloroformée, aux produits éthérés qu'il faut s'adresser. M. Robert-Simon a échappé aux accidents en saturant son suc gastrique hypéracide, et M. Gallois ne doit pas s'étonner de l'absence d'accidents en petits bateaux, car on y est secoué, mais non déséquilibré comme sur les paquebots : il existe, dans ce dernier cas, un état d'ataxie du diaphragme.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale.

Dr BENOIT,
Ancien interne des hôpitaux.

Des sutures de la rotule avec des fils d'argent (35e *Congrès de la Soc. allem. de chirurgie*, 1906). — Les radiographies ont permis à M. von Brunn (de Tubingue) de constater que le fil d'argent employé pour les sutures se rompt et se disperse dans toute l'articulation, sans gêner les mouvements ultérieurs de la jointure. M. Riedel rappelle qu'il a les meilleurs résultats en passant avec des aiguilles spéciales, par-dessus et par-dessous la rotule, du catgut de grosse dimension, enserrant complètement l'os. Le passage se fait par une incision minime de la peau. MM. Bardenheuer et Kronlein s'en tiennent au traitement non opératoire, et s'en déclarent très satisfaits, quand il n'y a pas écartement considérable des fragments. En effet, la guérison anatomique n'est pas ici indispensable. Ce mouvement rétrograde de nos confrères allemands est en opposition avec les tendances actuellement manifestées chez nous.

A. BENOIT.

Kystes des os longs (35e *Congrès de la Soc. all. de chirurgie*, 1906). M. LEXER a enlevé un kyste de l'humérus presque total, remplaçant ensuite l'os entier par le péroné. Son opération fut couronnée de succès. La tumeur était un chondrome liquéfié. L'origine de ces kystes est très diverse; consécutifs parfois à des *tumeurs*, à des *inflammations*, ils suivent aussi les *traumatismes* et seraient alors, pour M. von Manteuffel, des hématomes ossifiés par des lambeaux de périoste arrachés. Seule, la rapidité très grande de leur développement autour des os contusionnés permet de les différencier du sarcome. On peut attendre leur résolution spontanée, avant de songer à les opérer, car la récidive est fréquente (M. F. König).

A. BENOIT.

Traitement des fractures par l'hyperhémie passive, par DEUTSCHLÆNDER (*Centralbl. f. Chir.*, 14 mars 1906). — Ce traitement a été appliqué par l'auteur à dix cas de fractures diverses : une fracture épiphysaire de l'articulation du coude avec luxation grave, une fracture oblique sous-trochantérienne du fémur, deux fractures de la partie moyenne du fémur, une fracture transversale sus-condylienne du fémur, quatre fractures du tibia au tiers inférieur et une fracture malléolaire. Le rétablissement des fonctions a été complet dans tous les cas et dans un laps de temps plus court qu'on ne l'observe d'habitude dans des fractures semblables.

L'auteur a employé l'hyperhémie veineuse dans les fractures en moyenne six à huit heures par jour avec une courte interruption au milieu du jour. Au début, il faut faire des applications courtes et répétées. Si l'appareil plâtré empêche l'application de la bande, on laisse un espace suffisant pour passer la bande à travers une fenêtre de l'appareil en-dessus de la fracture. Pour les fractures des extrémités inférieures, l'auteur a appliqué sans inconvénient le traitement ambulatoire avec l'hyperhémie veineuse. L'évolution de la guérison a été suivie sous le contrôle de la radioscopie.

Les avantages du traitement par l'hypérémie dans les fractures sont nombreux d'après les observations de l'auteur. Le moyen de traitement est extrêmement simple et facile à appliquer, et abrège considérablement la durée de la guérison. La formation du cal s'accélère d'une façon remarquable, la douleur est beaucoup diminuée par le traitement et les mouvements fonctionnels peuvent se faire avec plus d'étendue. Il en résulte qu'on obtient un résultat fonctionnel définitif meilleur et plus rapide. L'auteur fait encore remarquer qu'on n'observe pas le processus atrophique commun avec le traitement ordinaire.

L'action du traitement par l'hyperhémie con-

corde ici complètement avec les observations déjà publiées. L'hyperhémie veineuse, d'après les observations connues de Dumreicher et de Helferich sur la guérison des pseudarthroses, exerce une influence accélérante sur l'ostéogénèse. Il semble tout à fait logique qu'un moyen de traitement qui a fait ses preuves dans le traitement des ankyloses soit également applicable à la prophylaxie. Mais l'explication du mode d'action de l'hyperhémie ne paraît pas aussi simple dans le premier stade de la guérison des fractures. L'application de l'hyperhémie veineuse dans les conditions du début de la fracture semble un contre-sens, car elle paraîtrait exagérer les troubles de la circulation locale. Et cependant, elle paraît pratiquement justifiée, elle accélère, en effet, la résorption des produits épanchés dans le moment où, après avoir enlevé la bande, la circulation redevient libre.

L. JUMON.

Résultats du traitement des infections chirurgicales aiguës par la stase veineuse artificielle d'après Bier, par V. N. TOMACHEVSKY (*Rousky Vratch*, 1906, n° 12). — Les observations de l'auteur, prises à la clinique chirurgicale du professeur Véliaminov, à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, ne sont pas très nombreuses, puisqu'elles ne concernent que 65 cas (22 furoncles, 2 anthrax, 14 abcès et lymphadénites d'origine diverse, 15 phlegmons, 5 mastites, 5 panaris, 1 ulcère de la lèvre supérieure et une fistule consécutive à une blessure par arme à feu d'un doigt). Néanmoins, elles sont intéressantes en tant que confirmation de la valeur des procédés en question, encore fort peu employés dans les pays autres que l'Allemagne. C'est chez Bier lui-même que l'auteur s'est initié au maniement de la méthode dont il fait surtout ressortir ce point important de technique, à savoir que la stase veineuse sera poussée seulement jusqu'à la congestion rouge et chaude — jamais jusqu'à la stase pâle et froide — et que les douleurs ne devront pas tarder à diminuer, leur persistance ou leur exacerbation étant un signe d'application défectueuse du procédé de Bier.

V. DE HOLSTEIN.

Contribution au traitement des inflammations aiguës par l'hyperhémie passive, par ERICH LEXER (*Munch. med. Woch.*, 3 avril 1906). — Dans cette étude sur l'action thérapeutique du traitement de Bier, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes. Les modifications produites dans les conditions d'absorption n'ont aucun inconvénient dans les cas légers, mais dans les cas graves il faut faire des incisions suffisantes pour empêcher l'absorption des produits dans les tissus malades après l'ablation de la bande. L'augmentation des substances protectrices à la suite du traitement n'a pas une importance considérable au point de vue des substances antitoxiques; elle est avantageuse dans les cas légers, mais elle devient nuisible dans les cas graves par suite de la mise en liberté de grandes quantités de toxines à la suite de la destruction bacillaire. Pour supprimer cet inconvénient, il faut faire de grandes incisions. L'augmentation des ferments protéolytiques à la suite du traitement agit favorablement sur les plaies. Mais il faut empêcher la fonte des infiltrations inflammatoires par des incisions précoces, sous peine d'avoir des sphacèles étendus de tissu ou des fusées purulentes dans le voisinage. L'exsudation qui se produit pendant la stase a une influence nuisible sur les foyers fermés ou insuffisamment ouverts, en propageant les toxines dans les tissus.

Il en résulte que le traitement par l'hyperhémie veineuse ne convient qu'aux cas légers; dans les cas graves, il faut au contraire ouvrir d'abord largement les foyers inflammatoires. Les cas douteux doivent être traités comme les cas graves. Les indications thérapeutiques dans ces inflammations restent donc les mêmes qu'avant le traitement par l'hyperhémie et on aurait tort de compter exclusivement sur les processus naturels de défense soutenus par la stase. La méthode n'est, en résumé, applicable que pour les cas légers. A la méthode du traitement par la stase se rattache le traitement par les ventouses. Ici encore, ce dernier traitement, d'après l'auteur, ne convient qu'aux cas légers, aux dactylites légères au début et aux furoncles et aux infiltrats plus anciens, déjà ramollis. Lorsque l'infiltration n'est pas ramollie, elle persiste avec le traitement plus longtemps que lorsqu'on intervient par une simple incision.

L. JUMON.

L'hyperhémie par stase selon la méthode de Bier (35e *Congrès de la Soc. allem. de chirurgie*, 4 et 7 avril 1906). — On s'est largement occupé des indications de la *méthode de stase* par application de bandes élastiques, telle que l'a recommandée M. Bier. Sauf pour l'érysipèle, où M. Hobs (de Magdebourg) a vu la progression des plaques dépasser les bandes que l'on avait appliquées; sauf aussi pour les diabétiques, qui supportent très mal la stase, dans les cas de gangrène progressive, on peut l'appliquer avec avantage aux *inflammations localisées*.

Dans les inflammations des doigts, M. Hobs

n'hésite pas à dire que c'est un remède souverain. Enfin, à titre prophylactique, la stase permet très souvent d'éviter la formation d'un abcès. M. Koïte a pourtant réussi à limiter un cas de gangrène diabétique. Nul autre orateur n'est de cet avis, et M. Sick (de Hambourg) énonce aussi le diabète parmi ses contre-indications. Il ajoute que, dans les inflammations, malgré l'amélioration manifeste au point de vue des douleurs et de la progression du mal, les foyers de nécrose ne sont pas supprimés et que les résultats sont variables avec les sujets. Les suppurations à streptocoques ne sont pas influencées par ce traitement. Les varices sont aggravées par des thromboses; elles sont une contre-indication formelle. M. Stich (de Breslau) a eu des résultats excellents contre les panaris et les synovites tendineuses aiguës; il faut faire au surplus de petites incisions et éviter de tamponner les plaies. Sur sept cas de phlegmons des gaines, M. Bardenheuer a eu cinq guérisons parfaites. M. Danielsen dit au point de vue de l'application du traitement qu'il faut cesser la stase si l'infection dépasse le niveau où la bande est appliquée.

Si l'on considère le mode d'action, des observations intéressantes ont été présentées par M. Lexer: cette méthode ne supprime pas la cause du mal; aussi, n'est-elle efficace que dans les cas de faible gravité, en augmentant la résistance des tissus. On irait jusqu'à l'aggravation, si l'on ne faisait un choix de cas et si l'on ne suivait le précepte que M. Danielsen a justement exposé; en effet, les substances bactéricides sont augmentées dans les foyers d'infection, mais les toxines et les ferments protéolytiques l'étant aussi, un élément peut à un moment donné l'emporter sur l'autre. Enfin, la résorption est plus active, lorsqu'on enlève la bande. Contre ce danger, la méthode de l'*aspiration* par de petites incisions, rappelée par M. Perthes (de Leipzig), qui l'a expérimentée chez les animaux, en rejetant les produits nocifs, est très recommandable. On peut se rendre compte de l'importance attribuée en Allemagne à la susdite méthode de stase par le fait qu'elle est couramment employée contre les *suppurations articulaires* et que, selon M. Friedrich, ces graves affections guérissent fort bien par la méthode de Bier. A. Benoît.

Observations sur le traitement des processus inflammatoires par l'hyperhémie veineuse, par Bestelmeyer (*Munch. med. Woch.*, 3 avril 1906). — Deux points ressortent des nombreuses observations de l'auteur. L'hyperhémie veineuse peut bien procurer la guérison d'inflammations aiguës, mais elle échoue souvent dans les phlegmons graves si l'on fait de petites incisions. L'efficacité de la méthode est démontrée, mais elle a ses limites au delà desquelles elle ne peut plus arrêter la maladie, ce qui est le cas pour les phlegmons étendus ou ayant une certaine malignité. Ici, il faut pratiquer de bonne heure de grandes incisions pour débarrasser l'organisme des matières toxiques. Mais après de larges débridements, on peut appliquer la méthode d'hyperhémie veineuse qui donne des guérisons rapides. La localisation de la maladie joue encore un rôle. Les résultats sont en effet très incertains dans les lésions profondes, les maladies osseuses, les phlegmons des gaines tendineuses et les suppurations articulaires. Ils sont par contre très favorables lorsque les suppurations sont circonscrites au voisinage de la peau. Lorsque la méthode est applicable, elle a l'avantage de ne laisser que des cicatrices à peine visibles et de supprimer le tamponnement qui n'est pas sans influence sur le fonctionnement des régions atteintes. Enfin, on peut arriver à faire exécuter plus tôt des mouvements passifs et actifs au membre malade, ce qui constitue un avantage sur l'ancien traitement dans les inflammations des gaines et des articulations.

Un des inconvénients de la méthode réside dans la difficulté de sa technique. On ne possède pas de signe objectif certain pour reconnaître où il faut s'arrêter dans la stase, et on est obligé de s'en rapporter au dire du malade, qui préférera supporter pendant plusieurs heures de violentes douleurs causées par la bande, croyant ainsi obtenir un meilleur résultat. Il faut donc avoir acquis une certaine expérience pour faire une bonne application de la méthode. La guérison des furoncles est relativement lente à obtenir et exige plusieurs séances. Enfin il est plus difficile d'obtenir l'asepsie, bien que l'auteur n'ait jamais observé de conséquences désagréables sous ce rapport.

L. Jumon.

Adénomes du sein et du corps thyroïde d'origine tuberculeuse (*Académie de médecine*, 10 avril 1906). — M. Poncet se base sur l'observation et l'hérédité pour admettre qu'il existe tout une catégorie d'*adénomes* d'origine inflammatoire, au *sein* et au *corps thyroïde* particulièrement, qui relèvent de la *tuberculose*. C'est de la tuberculose inflammatoire des glandes, et la fréquence serait de un cinquième des cas. Ces lésions ne sont pas virulentes, et M. Fournier admet qu'elles sont l'analogue des affections parasyphilitiques.

M. Labbé trouve que les arguments sur les-

quels s'appuie M. Poncet ne sauraient établir la nature tuberculeuse de ces lésions, la preuve bactériologique et anatomique ne pouvant être fournie.

A. BENOÎT.

L'opération du cancer haut situé du rectum (35e *Congrès de la Société Allem. de chirurgie*, 1906). — Le rapporteur, M. Kraske (de Fribourg), se confine aux opérations par *voie mixte*, c'est-à-dire à l'ablation par la laparotomie, associée à l'incision parasacrée. On attendait beaucoup de cette chirurgie nouvelle. Il était logique de faire cette opération double d'emblée, au lieu de recourir à l'ouverture du cœcum quand on s'apercevait que la tumeur ne pouvait être enlevée par la voie sacrée et de compromettre le succès par défaut d'asepsie. Malheureusement, on ne peut affirmer que la guérison du cancer du rectum soit devenue plus fréquente depuis que l'on pratique couramment cette méthode. L'opération est beaucoup plus facile chez la femme que chez l'homme; le maximum de difficulté se rencontre chez les obèses.

L'auteur fait en passant le procès de l'intervention préconisée par M. Quénu et qui consiste à faire un anus iliaque, à fermer ensuite la portion d'intestin à enlever et achever l'opération par la voie basse. Ce moyen est trop compliqué selon lui. Il ne diffère pourtant guère de celui auquel il reconnaît des avantages : la *mobilisation* de la partie dégénérée, par sa séparation au thermocautère de la partie à conserver. On est surpris ensuite de la facilité avec laquelle la première se laisse décoller de la concavité du sacrum. MM. Kummel et Kocher ne sont pas enthousiastes de la méthode combinée; ils soutiennent qu'il ne faut pas prôner une méthode unique et que l'on ne doit y recourir que dans des cas particuliers. On trouve en M. Bardenheuer (de Cologne) un partisan convaincu de l'opération simple par la *voie sacrée*, puisque l'on peut attirer par cette incision, jusqu'à 50 centimètres d'intestin. Il faut opérer vite, une demi-heure suffit pour la plupart des tumeurs. Cette opinion soulève des protestations; la plupart affirmant avec M. Schlange (de Hanovre) qu'il n'y a que du danger à se hâter et aucun avantage.

Il est à noter que ceux d'entre ces chirurgiens qui ont le plus d'expérience en chirurgie rectale se déclarent très satisfaits de l'*anesthésie lombaire*. Le principal avantage est une diminution considérable du choc. Au lieu de l'aspect misérable que l'on observe chez les malades qui ont été opérés sous anesthésie, générale, état qui persiste fort longtemps, il semble pour la plupart d'entre eux qu'ils aient subi une opération insignifiante. Ceci est fort important, étant donné la mortalité opératoire encore très élevée et qui compte le shock opératoire parmi ses facteurs capitaux.

Comme il s'agit là de malades atteints déjà d'une maladie compromettant leur existence, nous ne manquerons pas de noter cette indication, la seule peut-être qui justifie l'emploi d'une méthode, que ses effets, en obstétrique et en chirurgie générale, ont fait rejeter par tous ceux que n'égare pas un parti pris.

A. BENOÎT.

Traitement des hémorroïdes, par KELSEY, ADLER, BISHOP, RIKDETTS, MARTIN (*Therapeut. Gazette*, mars 1906). — Un certain nombre d'auteurs ont publié dans ce journal leurs opinions sur le traitement des hémorroïdes, d'après les enseignements de leur pratique personnelle. Ils ne mentionnent que pour le proscrire le traitement par les injections, qu'on avait préconisé comme opération de choix dans les hémorroïdes internes du volume moyen et comme méthode possible dans tous les cas d'hémorroïdes. Il est vrai cependant que dans bien des cas les injections faites convenablement ont procuré la guérison sans qu'on fût obligé de recourir à une véritable opération. Mais il peut survenir aussi des accidents très sérieux qui retardent la guérison et obligent les malades à rester au lit.

Bishop revient sur une méthode qu'il a indiquée depuis plusieurs années et qu'il a légèrement modifiée. On fixe la base des hémorroïdes avec une pince convenable parallèlement aux surfaces et on les dégage des plis et des inégalités. Entre la pince et les tissus sains adjacents on applique de chaque côté une longueur suffisante de corde de caoutchouc de 5 à 6 millimètres de diamètre pour fixer une série de sutures au catgut. La pince étant enlevée on excise la tumeur près de la corde de caoutchouc avec des ciseaux plats. L'élasticité de la suture prévient toute hémorragie et maintient en contact parfait et uniforme les bords de la plaie sans empêcher la réunion immédiate.

Ricketts préconise sa méthode de ligature sous-muqueuse, qui a pour avantages, de ne donner presque pas de sang, de ne pas sacrifier de tissu et de ne causer aucune douleur ou d'être moins douloureuse que les autres méthodes de ligature. On évite ainsi l'inconvénient des rétrécissements cicatriciels.

Adler est convaincu que la méthode la plus sûre et la plus efficace de traiter les hémorroïdes internes consiste à employer l'excision et le thermocautère. Kelsey recommande de

suivre la méthode précédente, soit la ligature, une bonne technique permettant d'éviter au malade des douleurs consécutives.

Gand se sert d'injections d'eau stérilisée pour pratiquer l'anesthésie locale et préfère la ligature au cautère. Martin expose sa technique d'excision et de suture combinée à la cautérisation.

L. JUMON.

Peut-on reconnaître les cas graves d'appendicite exigeant une opération immédiate? par KRECKE (*Munch. med. Woch.*, 10 avril 1906). — En discutant cette question, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes: dans tout cas d'appendicite, on doit dans un but thérapeutique établir le diagnostic différentiel entre l'appendicite simple et l'appendicite destructive (entre la forme légère ou la forme grave). Le symptôme le plus certain de l'appendicite destructive consiste dans la tension douloureuse de la paroi abdominale: elle indique l'opération immédiate. Ce n'est que lorsque ce signe fait complètement défaut et qu'il n'existe pas d'autres phénomènes inquiétants que l'on peut adopter le diagnostic d'une appendicite simple.

L'augmentation du nombre des pulsations à 100 et au-dessus est en général le signe certain d'une appendicite destructive exigeant l'opération immédiate. Cependant un chiffre faible de pulsations ne doit pas nous faire admettre une affection légère. Des vomissements fréquents et répétés et des douleurs vives qui ne se calment pas par la vessie de glace rendent toujours vraisemblable l'existence d'une appendicite grave.

L'état de la température n'a pas d'importance particulière pour juger de l'espèce d'appendicite. L'accélération de la respiration et l'apparition du type respiratoire costal sont des signes excesssivement défavorables. Un signe défavorable a plus d'importance au point de vue du pronostic que quatre signes favorables. Lorsque le diagnostic d'appendicite destructive est établi, l'opération doit être faite dans les deux heures.

L. JUMON.

Traitement de la péritonite aiguë, par TAYLOR (*Brit. med. J.*, 14 avril 1906). — Dans une communication à l'Académie royale de médecine d'Irlande, l'auteur, à propos du traitement de la péritonite aiguë, fait ressortir l'importance du diagnostic précis du point de départ de l'infection. On ne doit pas administrer de la morphine avant qu'un diagnostic ait été fait, car ce médicament masque les symptômes. Dans l'intervention, on peut recourir à l'anesthésie générale, mais sans la pousser très loin. L'anesthésie locale peut suffire si on veut simplement évacuer une collection purulente ou établir un anus contre nature. Le drainage de toute la cavité péritonéale est pratiquement impossible, à causé de la rapidité avec laquelle les drains de toutes sortes sont encapsulés. Lorsque la péritonite aiguë a atteint un stade avancé, que l'abdomen est fortement distendu, que les extrémités sont froides et livides, que le cœur et le pouls faiblissent, il est douteux que l'intervention donne beaucoup d'espoir et il serait peut-être plus sage de s'abstenir. S'il existe de la paralysie intestinale, on peut avec avantage ouvrir et drainer le cæcum (typhlotomie). L'incision de l'intestin grêle et son drainage ne donnent que des mécomptes.

Le lavage du péritoine, d'après A. Chance, tend à stimuler le patient et à réveiller l'action péristaltique de l'intestin. On peut recourir à l'opération tant qu'elle offre des chances de guérison. Maunsell nettoie et sèche la cavité péritonéale avec de la gaze et draine dans les cas de péritonite diffuse non généralisée.

L. JUMON.

Anesthésie par la morphine-scopolamine, par BUCHANAN (*Glasgow med. J.*, avril 1906). — L'auteur a employé cette méthode d'anesthésie dans quatre cas, en suivant les prescriptions de Terrier. En outre, les opérés avaient les yeux bandés, leurs conduits auditifs étaient bouchés avec du coton et un silence complet régnait autour d'eux. Seules, la morphine et la scopolamine ne peuvent procurer l'anesthésie, mais celle-ci est excellente si l'on ajoute le chloroforme ou un autre anesthésique général. L'absence de crainte et d'appréhension avant l'opération, la petite quantité de chloroforme employée, l'absence presque complète de douleur après l'opération et même de nausée et de malaises ont une grande importance. Les effets stimulants sur la circulation ont été très frappants. La dose de scopolamine employée dans chaque cas a été considérable et s'est élevée à 3 milligrammes et celle de la morphine à 3 centigrammes. Dans la plupart des observations rapportées, la dose de scopolamine était d'un milligramme ou même moins, divisée en trois parts administrées séparément. Même avec les fortes doses employées par l'auteur, il n'y a pas eu d'anesthésie générale, mais ces doses cependant ne sont pas nécessaires si l'on emploie ensuite le chloroforme. Roith recommande l'injection de scopolamine-morphine comme moyen de préparation au chloroforme et non comme moyen de donner l'anesthésie complète. A cet effet, il faut in-

jecter, une demi-heure à une heure avant l'opération, un demi-milligramme de la première et un demi à un centigramme et demi de la seconde ; il est même préférable, si l'on a le temps, de donner la moitié de cette dose une heure et demie avant l'opération et de la répéter dans l'heure qui précède. Le chloroforme est alors donné en très petites quantités, goutte par goutte et ne doit pas être poussé jusqu'à l'abolition des réflexes. Cette persistance des réflexes est un désagrément, car il faut fixer les membres. Sous ce rapport, l'éther est encore moins satisfaisant. Chez les sujets âgés, cependant, de petites doses de scopolamine peuvent être suffisantes pour amener l'anesthésie sans recourir au chloroforme. A la fin de l'opération, on donne au patient une injection ou un lavement d'un demi à un litre de solution saline chaude, afin de combattre la soif qui est parfois très pénible dans ces cas ; quelques heures plus tard, lorsque le malade est réveillé, on peut lui donner des aliments. On doit prendre des précautions particulières avec les enfants et les malades qui ont des affections du cœur ou des reins.

Enfin, la solution doit être fraîchement préparée chaque fois ; elle ne doit pas être exposée à l'air et à la lumière, ce qui entraîne la formation d'apomorphine.

L. JUMON.

Narcose chloromorphioscopolaminique, par E. LORENZELLI (*Riforma Medica*, n° 7, 1906).— L'auteur a employé cette méthode sur deux cents malades : la technique fut en général, celle qu'a proposée Dork.

Deux heures avant l'opération, on fait une première injection de 0,005 gramme de morphine et de 0,005 gramme de scopolamine ; une heure après on fait une injection de 0,01 de morphine.

Dans quatre cas on obtint ainsi une narcose complète qui permit de terminer l'opération (herniotomie ; résection d'un métacarpe ; curettage utérin ; résection gastrique et gastroentérostomie postérieure rétrocolique). Chez les autres malades on compléta la narcose par le chloroforme. Le sujet, après les injections, rougit, présente une hypérémie des conjonctives bulbaires, une dilatation pupillaire évidente ; il est pris ensuite d'un sommeil très lourd, ne s'aperçoit pas des préparatifs opératoires, ni même de la chloroformisation. Celle-ci est rapidement complète ; il suffit parfois de quelques gouttes de chloroforme.

La période d'excitation est à peine indiquée chez les alcooliques ; elle est supprimée chez les autres malades. Les vomissements pendant l'opération font défaut : ils se présentent néanmoins à un très faible degré quelques heures après, bien que le sommeil continue encore. La scopolamine ne s'accumule pas dans l'organisme et peut être employée sans danger pour la narcose des cardiaques, des néphritiques et des hépatiques.

On n'est pas encore parvenu à établir la dose nécessaire et suffisante pour la narcose.

Sous l'action de la scopolamine la langue tombe très facilement en arrière. Les inconvénients sont du reste si peu importants vis-à-vis des avantages considérables de la scopolamine, qu'on peut considérer ce nouveau produit comme une très bonne acquisition pour la chirurgie.

A.-L. PERCIVAL.

L'anesthésie lombaire dans le demi-sommeil par la morphine scopolamine, par PENKERT (*Munch med. Woch.*, 3 avril 1906). — Malgré les avantages qu'offre l'anesthésie médullaire, cette méthode n'enlève aucunement la connaissance au patient qui assiste aux préparatifs de l'opération et à l'opération elle-même. Il en résulte qu'on ne peut éviter chez les femmes d'entrer dans un état parfois grave d'agitation. Cette circonstance a conduit l'auteur à associer à l'anesthésie médullaire un demi-sommeil provoqué par de faibles doses de morphine et de scopolamine. Gauss a montré que, sous l'influence de faibles doses de ces médicaments, les malades ne perçoivent guère la douleur et en tout cas n'en gardent pas le souvenir. Le but serait donc atteint si, dans l'anesthésie lombaire, on enlevait en même temps aux malades le souvenir de l'opération.

A cet effet, l'auteur injecte, deux heures et demie à trois heures avant l'opération, 0,01 centigramme de morphine et 0,0003 de scopolamine, à deux reprises à une heure de distance, de façon à obtenir le demi-sommeil. Les malades sont préparées et désinfectées la veille, puis placées à l'abri de la lumière et du bruit. Avant l'opération, l'injection de stovaïne et de suprarénine se pratique suivant la méthode de Bier entre la première et la deuxième vertèbre lombaire sur la ligne médiane ou à un demi-centimètre en dehors. On aspire avec la seringue chargée de la solution stovaïne-suprarénine, un peu de liquide cérébro-rachidien qui se mélange à la solution, puis on injecte lentement le mélange. L'anesthésie se produit habituellement au bout de cinq à sept minutes. La piqûre n'a jamais été douloureuse et, à part de légères nausées, l'opération s'est poursuivie sans incident. Avec la morphine et la scopolamine, l'agita-

tion qui se produit parfois avec l'anesthénie lombaire simple a fait complètement défaut. Après l'opération, les malades, en se réveillant, ne se rappellent rien et ne donnent pas l'impression d'opérées graves. Les vomissements ont fait complètement défaut. Les malades ne sont pas affaiblies et peuvent ingérer très vite des boissons en abondance.

L'auteur a employé ce procédé d'anesthésie combinée dans 140 cas dont 94 grandes opérations gynécologiques : 25 extirpations totales de l'utérus par la voie vaginale, 8 laparotomies, 19 opérations annexielles, 7 myomectomies, 4 opérations de cancer d'après la méthode de Wertheim, 6 opérations sur l'estomac et l'intestin. Dans quatre cas, il y a eu des maux de tête assez intenses et ayant persisté jusqu'à quatre jours. L. JUMON.

Vomissements post-opératoires, par HOLMES (*The Monthley Cycle.*, mars 1906).— En général, les nausées et les vomissements post-opératoires dépendent moins de l'anesthésie que d'autres causes, d'après l'auteur. Les femmes, toutes choses égales d'ailleurs, semblent plus exposées que les hommes à ces accidents post-opératoires, sans doute en raison de leur disposition nerveuse qui fait que les réflexes sont plus intenses et plus prolongés. Les troubles nerveux qui surviennent semblent être en rapport avec la nature de l'opération et s'observent plus souvent après les interventions sur l'utérus et les annexes.

Néanmoins, les anesthésiques, surtout le chloroforme, jouent un rôle dans la production des vomissements post-opératoires. Pour les éviter, il faut préparer convenablement les malades avant l'opération et mieux encore observer certaines règles après intervention. Il est bon en général, surtout après les opérations abdominales, de ne rien donner par l'estomac aux malades pendant douze à vingt-quatre heures, car il peut arriver que même l'ingestion de très petites quantités d'eau soit très pénible et réveille les nausées et les vomissements dont les malades ne s'étaient pas plaints jusqu'alors. L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Sur un cas de guérison de perforation stomacale, par V. ZEZSCHWITZ (*Munch. med. Woch.*, 20 mars 1906). — L'auteur rapporte un cas qui mérite de l'intérêt en raison de sa rareté. Un homme de quarante-six ans, qui avait présenté antérieurement des symptômes d'ulcère de l'estomac, fut subitement atteint d'accidents qui firent nécessairement supposer une perforation de l'ulcère. Quelques heures plus tard, survinrent des symptômes d'une péritonite par perforation. La température s'éleva à 39°1. Comme, le jour suivant, on constata des signes de localisation de la péritonite et que l'état général s'améliorait, l'auteur s'abstint d'une intervention opératoire. Le traitement se borna à faire prendre des lavements nutritifs avec un peu d'opium, et à faire des injections de morphine et de camphre et de solution saline physiologique. En même temps, on ordonna le repos le plus absolu; plus tard, on reprit très prudemment l'alimentation par la bouche et on donna de fortes doses de sous-nitrate de bismuth. De cette manière on arriva à guérir l'ulcère perforant et la péritonite. Trois mois après le développement de la péritonite, on pouvait constater une large fixation ventro-dorsale du côlon transverse et une adhérence de cette partie de l'intestin avec la paroi abdominale et le foie.

L. JUMON.

La chirurgie de l'ulcère gastrique (35e Congrès de la Société allem. de chirurgie). — Ce sujet d'actualité a été longuement discuté par des praticiens qui ont pu comparer sur des statistiques suffisantes, cette fois, les avantages et les inconvénients des différents procédés aujourd'hui employés. Nous laisserons volontairement de côté les opinions extrêmes pour dégager les conclusions qui ont réuni la majorité des suffrages. Celles-ci ne s'éloignent guère de celles du rapport de Krönlein (de Zurich) et sont assez conformes aux idées développées en France au dernier congrès de chirurgie.

Quoi qu'il en soit des résultats du traitement médicamenteux et diététique de l'ulcère stomacal, qui conserve, il faut le dire, un excellent pourcentage d'améliorations ou de guérisons, il est des cas où il ne peut plus rien. C'est à ce moment que le chirurgien entre en scène. C'est ce que l'auteur traduit excellemment en disant « qu'il faut intervenir chirurgicalement dès qu'un traitement diététique suivi n'a pas abouti à la guérison. En outre, s'il s'agit d'une sténose du pylore, on *doit* opérer. L'insuffisance motrice *peut* être soumise au traitement chirurgical. Les hémorragies répétées exigent la gastro-entérostomie. L'opération précoce de l'ulcère simple, avant le traitement médical, n'est pas justifiée ».

La méthode de M. Hacker sera justement préférée, en ce qu'elle pare mieux que toute autre à la stase alimentaire. Elle est la seule possible lorsqu'on trouve de nombreuses adhérences ou des ulcères à bords calleux.

L'excision de l'ulcère sera toujours exceptionnelle. La raison en est que la multiplicité fréquente des ulcérations la rend inefficace et la gravité de l'opération en est notablement accrue.

La résection du pylore sera réservée aux cas où le volume et la dureté de la tumeur font craindre la dégénérescence cancéreuse.

Suivent quelques objections à noter : M. Rydygier (de Lemberg) défend la résection qui est, quoique plus grave, la seule intervention mettant le malade à l'abri de dangers ultérieurs et approchant le plus de la guérison parfaite. Il est toujours préférable, selon lui, même en cas d'ulcérations multiples, d'avoir enlevé la plus vaste, et particulièrement celle à bords épaissis, qui appelle le cancer. Il ne faut pas éliminer des statistiques les cas reconnus plus tard comme étant cancéreux, ce sont là des ulcères dégénérés qu'on aurait dû enlever.

Ces remarques ne sauraient infirmer le fait que la gastro-entérostomie suffit à amener la guérison, et on peut leur opposer quelques cas de mort par hémorragie foudroyante après la résection de l'ulcère. Plusieurs chirurgiens préconisent l'introduction par le nez d'une sonde très molle allant jusque dans l'intestin, afin de pouvoir nourrir immédiatement les opérés.

A. Benoît.

La cure de repos dans les affections du foie, par Lagrange (*Revue des maladies de la nutrition*, avril 1906). — Le foie étant solidaire des fonctions de circulation et d'innervation, il est urgent d'introduire dans l'hygiène des affections du foie le repos musculaire et le repos cérébral.

Le travail musculaire donne à la circulation une impulsion plus ou moins violente, dont le sujet a conscience, principalement au point de vue des organes circulatoires (battements des artères, palpitations), mais qui est tout aussi marquée dans les organes internes : le foie peut souffrir tout particulièrement de ces conditions spéciales, car sa richesse vasculaire est considérable. En outre, la veine cave inférieure peut être considérée comme un simple prolongement du ventricule droit, et les variations de pression se communiquent par conséquen presque instantanément aux veines sus-hépatiques et au foie.

En outre, les hépatiques sont très vulnérables à la fatigue, surtout quand ils présentent de l'ictère, et s'ils cherchent à réagir, ils ne font qu'aggraver leur état. Toute infraction à la loi du repos aggrave le pronostic, et ce fait nous explique pourquoi beaucoup de malades présentent dans les stations balnéaires des poussées congestives qu'on a coutume d'attribuer à l'action des eaux, alors qu'elles tiennent aux distractions trop nombreuses que ces malades recherchent pour combattre leur ennui.

En dehors de la fatigue physique, les chagrins, le surmenage cérébral agissent de même : il faut ménager le système nerveux des hépatiques.

En résumé, les règles qui s'imposent dans le traitement de la neurasthénie devraient être appliquées avec autant de rigueur aux hépatiques.

E. Vogt.

Hépatoptose ou foie flottant, par Binnie (*Amer. J. of the med. sc.*, avril 1906). — Après avoir rapporté deux observations d'hépatoptose, l'auteur rappelle les causes de l'affection. On a incriminé à tort l'usage du corset qui peut devenir un moyen de traitement, quand il est bien fait. L'augmentation du poids du foie par suite de son augmentation de volume par des tumeurs ou d'autres affections est un facteur étiologique important. La lithiase biliaire peut être une cause en raison du trouble qu'elle apporte dans la nutrition, mais en réalité on ignore la nature de la relation entre la cause et l'effet. Le relâchement et l'allongement des ligaments hépatiques ont été invoqués, surtout dans les cas congénitaux. Un traumatisme peut être suffisant pour déplacer le foie chez des sujets bien portants, mais souvent il n'agit que lorsqu'une mauvaise nutrition rend cette cause efficace. La cause la plus puissante d'hépatoptose est le relâchement de la paroi abdominale antérieure. L'amaigrissement de la paroi et des masses adipeuses intra-abdominales est souvent associée à l'hépatoptose qui se rencontre encore avec d'autres ptoses viscérales. L'auteur indique seulement les principes généraux du traitement. La nutrition générale doit être l'objet de soins particuliers portant principalement sur l'alimentation, le traitement des affections digestives, etc. On doit chercher à reconstituer les muscles, surtout ceux de la paroi abdominale par le massage et des exercices appropriés.

On empêchera la ptose de s'aggraver. Pour cela, on soutiendra la paroi abdominale au moyen de ceintures ou de corsets bien adaptés.

Dans les cas graves de gastroptose, outre les moyens employés, il peut être indiqué de recou-

rir à des moyens opératoires. L'opération idéale consistera dans une combinaison de l'hépatopexie et de la laparectomie. L'hépatopexie consiste à ouvrir l'abdomen, et surtout le bord du foie avec le rebord costal, à raccourcir les ligaments et peut-être à se servir de la vésicule biliaire comme moyen de suspension (cholécystostomie). La laparectomie, proposée d'abord par Lepage, est destinée à rétablir la tonicité de la paroi abdominale en excisant l'excès de tissus de cette paroi, dans le sens vertical et dans le sens horizontal, de sorte que la cicatrice a la forme d'un T. Pour l'auteur, il vaut mieux n'exciser que la plaie, mais après avoir fait une longue incision, on ferme l'abdomen de telle sorte qu'un des muscles droits recouvre l'autre.

L. JUMON.

Autoplastie des voies biliaires (35e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 1906). — M. VON STUBENRAUCH (de Munich) a été amené, pour tarir une fistule du cholédoque, qui persistait après l'enlèvement d'un calcul biliaire, à emprunter un lambeau à la paroi de l'estomac. Ce lambeau se fixa fort bien; le seul inconvénient fut une fistule gastrique qui se ferma au bout de peu de temps.

A. BENOÎT.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Recherches physiologiques et cliniques relatives à l'action exercée sur le cœur par le chlorure de barium, par V. F. ORLOVSKY (*Roussky Vratch*, 1906, nos 6, 7, 8 et 9). — On a dans ces derniers temps, vanté de nouveau, en Allemagne, les propriétés toni-cardiaques du chlorure de barium ressuscité de l'époque de Lisfranc. L'auteur du présent mémoire en fait justice, se basant en cela sur des recherches physiologiques, aussi bien que sur des essais cliniques. Les premières, faites au laboratoire de pharmacologie du professeur Kravkov, montrèrent que le chlorure de barium produit une action vasoconstrictive, tout en exerçant sur le cœur un effet paralysant. Conformes aux données de ces expériences furent les résultats que l'auteur constata chez 10 cardiaques de la clinique thérapeutique du professeur Sirotinine, auxquels il fit prendre du chlorure de barium à la dose de 0 gr. 03, répétée trois fois dans la journée. L'action de ce médicament fut toujours défavorable là où le muscle cardiaque se trouvait affaibli, notamment dans la myocardite. Dans les cas où le myocarde avait conservé quelque énergie, il y eut bien, au début de l'administration du chlorure de barium, une certaine amélioration de l'état général, en rapport avec la vaso-constriction produite par ce médicament, mais cet effet fut des plus éphémères, tous les troubles n'ayant pas tardé à empirer par la suite. Chez les malades avec accès angineux, le chlorure de barium augmentait ces crises de fréquence et d'intensité, fait que l'auteur met sur le compte de l'action constrictive sur les vaisseaux coronariens. Le chlorure de barium ne saurait donc, d'après l'auteur, trouver d'indication dans le traitement des cardiopathies.

V. DE HOLSTEIN.

Sutures du cœur (35e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*). — Nouvelle contribution à l'étude de cette question, qui a fait chez nous l'objet de récents et importants travaux. Deux cas de M. Sultan (de Leipzig): le premier opéré guérit, en dépit d'un péricardite de plusieurs semaines de durée. Le second mourut d'une hémorragie causée par l'artère mammaire interne. Ce vaisseau ne saignait pas d'une façon apparente lors de l'intervention. L'auteur note en passant qu'on doit avoir soin de comprendre dans la suture une assez grande épaisseur de la paroi du cœur, si l'on veut éviter la déchirure. M. Wendel (de Magdebourg) a suturé le cœur chez un sujet en état de mort apparente; la guérison fut obtenue, malgré une complication de péricardite. L'opération avait pourtant été faite à la campagne dans les conditions de milieu les plus défavorables. La méthode de Kocher pour découvrir le cœur épargne l'artère mammaire interne et n'expose pas la nutrition du lambeau. M. Moritz Borchardt (de Berlin) eut à intervenir, chez un jeune garçon, qui en tombant d'un arbre, s'était fait une plaie du ventricule gauche. Pendant l'opération, le cœur cessa de battre; on le ranima en le remplissant d'eau salée physiologique. Le malade a pu être présenté à la Société. Cette observation assez analogue aux précédentes, offre pourtant un intérêt tout spécial par la réussite d'un procédé souvent essayé et parfois sans succès, l'injection du sérum salin.

A. BENOÎT.

Traitement de l'empyème, par le professeur BRAUN (*Deutche med. Wochenschrift*, 5 avril 1906). — L'auteur estime qu'il faut toujours

procéder à une ponction exploratrice, même s'il a quelque danger à piquer le poumon : ce danger est moins grand que celui de laisser un empyème méconnu en place. L'analyse bactériologique du liquide aspiré rendra de grands services, car elle décide souvent du traitement ultérieur. En tout cas, il ne faut guère compter sur une guérison obtenue par une simple ponction suivie d'aspiration; un événement aussi favorable ne se produit guère que si l'on a affaire à un exsudat métapneumonique survenu chez un petit enfant. Si, après la ponction, le pus se reformait dans un cas de ce genre, il ne faudrait pas refaire une ponction nouvelle.

En dehors des effets curatifs de la ponction, il faut envisager ses effets palliatifs, qui seront utiles dans nombre de cas où la dyspnée, la faiblesse du malade, demandent un soulagement immédiat; l'incision, toutefois, représente l'intervention de choix, surtout si on l'accompagne d'une résection costale. L'auteur a pratiqué plus de 200 incisions de ce genre : il préfère l'incision latérale de Kœnig à l'incision dans la ligne scapulaire de Schede. Il est préférable de pratiquer cette opération avec la narcose chloroformique, car les malades présentent presque toujours une bronchite qui contre-indique l'emploi de l'éther. En cas de dyspnée, de grande faiblesse, de pouls misérable, l'anesthésie par infiltration est bien préférable. On choisira une solution à 1 % d'eucaïne, additionnée de quelques gouttes d'adrénaline. Il est vrai que l'on ne parvient pas, par ce procédé, à anesthésier le périoste costal. Pour le lavage de la cavité pleurale, on se servira d'eau stérilisée ou de solution physiologique : l'auteur s'en abstient du reste presque toujours. Le pansement sera changé le jour même ou le lendemain : les pansements suivants seront espacés. Au cours de la convalescence, on fera souffler les enfants dans une trompette; aux adultes, on recommandera de souffler dans un ballon en caoutchouc pour le gonfler. Les empyèmes à streptocoques sont les plus longs à guérir.

S'il s'agit de tuberculeux, les règles ci-dessus s'appliqueront aux empyèmes pyogènes : si, au contraire, l'exsudat est stérile, on ne fera l'incision que si l'empyème est à marche rapide, l'état général relativement bon et les lésions tuberculeuses peu avancées. Dans les autres cas, on s'en tiendra aux ponctions palliatives, suivies parfois d'une injection de glycérine iodoformée à 10 % (quantité injectée 0,15 à 0,20 gramme).

Les empyèmes bilatéraux sont plus fréquents qu'on ne croit : il faut toujours bien s'assurer de l'absence d'un épanchement du côté qui semble indemne. Cette dernière collection sera traitée en attendant, par la ponction et l'aspiration. Plus tard, quand le côté le plus atteint, traité par la résection costale, sera guéri, on fera l'incision.

En cas d'empyème encapsulé, le diagnostic de la nature et du siège de la lésion demande une attention minutieuse.

Si le poumon a perdu de son élasticité, l'empyème peut se terminer par fistule : il en est de même si d'épaisses fausses-membranes ont envahi la cavité pleurale. Il arrive aussi que l'empyème s'ouvre spontanément et qu'on se trouve en présence d'une fistule : on parviendra souvent, en injectant une émulsion de bismuth et en examinant ensuite avec les rayons X, à reconnaître exactement la forme de la cavité.

L'auteur n'a jamais pratiqué la décortication pulmonaire.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Etat actuel de la thérapeutique des affections nerveuses, par Edinger (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 15 avril 1906). — L'auteur s'élève en premier lieu contre l'opinion encore trop répandue dans le monde médical, de l'inefficacité de la thérapeutique dans les affections nerveuses. Dans les formes asthéniques, on rendra de grands services aux malades par la suralimentation, basée sur le principe de ne jamais laisser entièrement à jeun l'estomac, car c'est à jeun que ces malades se sentent le plus déprimés. En outre, on a fait de grands progrès en psychothérapie, mais on a trop facilement la tendance de diriger ces malades vers des établissements spéciaux, alors que nombre d'entre eux guériraient plus vite en entreprenant un voyage sur mer ou à la montagne, sans surmenage. On a d'ailleurs trop facilement la tendance, dans les établissements destinés à la cure de ces malades, à ne pas respecter suffisamment le repos nécessaire, à réglementer à outrance la journée du patient.

L'électrothérapie, malgré les apparences, en est encore, pour l'auteur, à la période de tâtonnement; la pharmacothérapie a fait de grands progrès et l'hyoscine par exemple est un médicament de premier ordre. Le traitement de la douleur est devenu aujourd'hui aisé, grâce à la découverte de nombreux analgésiques et de

méthodes chirurgicales s'adressant directement aux filets nerveux malades.

Les formes dégénératives des affections médullaires ont trouvé de grands bénéfices à l'emploi des méthodes actuelles de rééducation ; on a reconnu en outre que dans les cas où la nutrition est défectueuse (alcooliques, saturnins, diabétiques, etc.), un travail normal suffit pour provoquer des processus dégénératifs dans le système nerveux, ce qui permet d'éviter nombre d'affections dont l'étiologie était autrefois mal connue. La paralysie radiale du saturnin, qui fatigue sa musculature en maniant le pinceau, est destinée à devenir une rareté, depuis que sa cause est connue. Il en est de même pour le tabétique, dont la système nerveux trop peu résistant succombe à la moindre fatigue.

E. VOGT.

Un cas de névralgie du trijumeau traité par la radiothérapie (*Riforma Medica*, *n°* 49, 1905). — Les rayons de Rœntgen ont la propriété de calmer les douleurs et les démangeaisons. GRAMEGNA a eu l'idée de traiter par ces rayons un cas rebelle de névralgie du trijumeau opéré sans succès (résection incomplète du ganglion de Gasser) : après deux séances, à huit jours l'une de l'autre, le malade remarque une certaine diminution des douleurs. L'ampoule était munie d'un localisateur en cristal de 6 centimètres de diamètre, qu'on introduisait dans la bouche; les rayons mesuraient cinq radiochromomètres de Benoist; on fit absorber quatre unités H. Après la troisième application le malade resta six jours sans aucune crise ; une légère irritation de la muqueuse fit suspendre le traitement pendant un mois ; on fit après encore trois applications : le malade reçut vingt-six unités H. Depuis cette dernière séance, sept mois se sont écoulés sans que le malade se soit plaint de douleurs, il a seulement une sensation de gêne locale, il peut vaquer entièrement à ses occupations. Il se lave toujours avec de l'eau tiède. Les rayons n'ont modifié ni l'hypoesthésie ni les troubles vasomoteurs de la moitié gauche de la face; la sialorrhée et le larmoiement ont presque disparu : il semble que le malade soit complètement guéri. Il n'est pas encore possible d'expliquer comment agissent les rayons X dans ces cas ; il paraît que leur action utile se manifeste aussi dans les formes infectieuses.

Pour la technique, il est utile de rappeler qu'on doit toujours éviter les rayons trop forts et trop pénétrants. A.-L. PERCIVAL.

L'aspirine dans le traitement de la chorée de Sydenham (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n° 9, 1906). — MASSALONGO et ZAMBELLI ont été satisfaits de l'emploi de l'aspirine dans le traitement de la chorée. L'aspirine leur a donné de très bons résultats même dans quelques cas caractérisés par l'intensité, la violence des symptômes et les mauvaises conditions générales des malades.

L'amélioration est souvent très évidente après deux jours de traitement. Si le cas est grave on donne en deux jours 6 à 10 grammes d'aspirine, on descend ensuite à 2 ou 3 grammes par jour.

Il suffit de suspendre le médicament pour voir réapparaître les mouvements choréiques. Dans tous les cas, la guérison complète était obtenue au bout de quinze à vingt jours.

Aucun des médicaments recommandés jusqu'ici n'ont donné des résultats aussi remarquables : on est, en conséquence, autorisé à attribuer à l'aspirine une action spécifique sur les agents de cette névrose infectieuse, en même temps qu'une action calmante et modératrice sur l'excitabilité cérébrospinale.

A.-L. PERCIVAL.

Indications thérapeutiques de la ponction lombaire, par KOPETZKY (*Amer. J. of the med. sc.*, avril 1906). — La ponction lombaire peut avoir son application en thérapeutique soit pour introduire un médicament destiné à influencer directement le système nerveux central, soit pour retirer du liquide et diminuer la pression intra-rachidienne. Parmi les agents introduits par cette voie dans un but thérapeutique, il faut citer l'air stérilisé, le salicylate de soude, l'iodure de potassium, l'iodoforme et le sérum antitétanique. La valeur thérapeutique de la ponction lombaire pour diminuer la pression a été affirmée par un certain nombre d'auteurs dans la méningite et la méningite séro-purulente. La ponction semble avoir une action sédative et analgésique, combattre même la somnolence et l'état comateux ainsi que la douleur. Marfan limite son application aux cas de méningite tuberculeuse où les symptômes de compression s'accompagnent de commencement de coma et d'hyperpyrexie, de flaccidité musculaire et de dilatation pupillaire. Huber la recommande dans la méningite séreuse d'origine auriculaire, dans le type cérébro-spinal de la fièvre typhoïde et dans la méningite cérébrospinale. La ponction permet aussi d'évacuer une grande partie des agents de suppuration, microbiens et toxiques, qui ont pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien.

La valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans l'hydrocéphalie, annoncée par Quincke, a été confirmée par nombre d'auteurs,

dans l'hydrocéphalie compliquée de spina-bifida, dans l'hydrocéphalie consécutive à la méningite et dans la forme chronique de la maladie. Peu à peu les indications ont été étendues à la névralgie chronique secondaire, au zona, aux céphalées consécutives à la syphilis, à la céphalée de la chlorose, à la céphalalgie du mal de Bright, à diverses manifestations urémiques, à la céphalée de l'intoxication saturnine chronique. Certains auteurs ont obtenu des succès par ce traitement pour soulager les douleurs tabétiques, surtout les crises gastriques accompagnées de vomissements, pour diminuer la fréquence et la violence des attaques épileptiques. De bons résultats ont été obtenus dans la chorée, dans l'hypérémie cérébrale veineuse et le torticolis spasmodique. La ponction lombaire a pu apporter du soulagement dans certains cas de tumeur cérébrale, mais Masing met en garde contre ce traitement qui, dans un cas, fut suivi de mort. L'atténuation des bourdonnements et du vertige dans les cas d'otite sèche a été notée par beaucoup d'auteurs, mais Lombard et Caboche n'ont pas obtenu un seul cas de guérison dans sept cas d'otite moyenne sèche avec adhérences tympaniques; le vertige était le symptôme le plus favorablement influencé par la ponction lombaire. D'après eux, les résultats les plus favorables ont été obtenus dans les cas où le patient présentait des symptômes vaso-moteurs accentués de la tête et de la face. Babinsky recommande la rachicentèse surtout dans le vertige auriculaire et dans les cas d'otite chronique. Occasionnellement, la surdité peut être améliorée à un degré considérable. Quant aux dangers de la ponction qu'on ne peut nier, l'auteur pense qu'on peut les éviter en ayant soin de ne jamais aspirer le liquide et en pratiquant la ponction le malade étant couché. L'opération est contre-indiquée dans les cas de sclérose et d'anévrismes des vaisseaux encéphaliques et dans toutes les affections du système nerveux central non accompagnées d'une augmentation de la pression du liquide cérébrospinal. L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement de la tuberculose laryngée par la galvano-caustique, par MANN (*Arch. intern. de laryng.* (mars 1906). — Sur trois tuberculeux, il y en a un qui est atteint de tuberculose laryngée. Comme traitement, il y a vingt ans, on se bornait aux inhalations, dans la formule desquelles entrait le baume du Pérou; l'acide lactique indiqué par Krause a donné et donne encore d'excellents résultats. Grâce à la cocaïne, on peut recourir à des traitements chirurgicaux qui n'ont pas donné des résultats aussi satisfaisants qu'on l'avait espéré et plus d'un praticien est revenu aux pulvérisations et aux appareils d'inhalation.

Krieg a publié, l'année dernière, un travail où il préconise le traitement galvano-caustique, car, pour lui, le traitement rationnel de la tuberculose du larynx doit avoir pour effet de détruire le tissu morbide ou l'enlever. L'acide lactique à 80 0/0 ou le crayon de nitrate d'argent sont employés dans les cas d'ulcérations peu profondes, la curette sur les parties résistantes et le galvano-cautère sur les parties mobiles : l'épiglotte et la glotte. Cependant, la curette a de gros inconvénients et Krieg ne tarda pas à n'employer que le cautère.

Mermod, de Lausanne, publia en septembre dernier, un travail sur le même sujet, où il préconisait aussi le traitement par la galvano-caustique et rejette, comme insuffisant, l'acide lactique. Encouragé par ces précédents, Mann eut recours au traitement caustique sur 30 malades, dont 24 avaient moins de 40 ans ; il a été fait 55 interventions galvano-caustiques. Il se sert d'un cautère effilé ordinaire pour tout le larynx, mais pour la région interaryténoïdienne le cautère olivaire est préférable. L'anesthésie locale doit être complète, car le cautère doit séjourner un certain temps dans le larynx et de plus, il est possible qu'il faille l'introduire à plusieurs reprises. Pour insensibiliser le larynx, Krieg emploie une solution de cocaïne qui ne dépasse pas 10 % ; Mermod fait des badigeonnages répétés du larynx et du pharynx pour être bien sûr de n'avoir pas de réflexes. Mann badigeonne trois fois le voile du palais et le larynx avec la solution à 20 %, à trois minutes d'intervalle; dans certains cas, on peut être obligé de recourir à une solution plus forte; il n'a jamais eu d'accidents par intoxication bien qu'il se serve de cocaïne pour enlever les amygdales aux enfants.

Il ne faut pas oublier que les plaies dues au cautère mettent trois fois plus de temps à se cicatriser que les plaies faites avec un instrument tranchant, ce qui est un avantage pour la tuberculose laryngée, au lieu d'être un inconvénient.

A. COURTADE.

Remarques sur la syphilis des voies aériennes supérieures, par R. FULLERTON (*Glascow med. J.*, avril 1906). — Après avoir noté quelques particularités sur la syphilis du nez, de la gorge et du larynx et avoir montré la gravité de certaines lésions tertiaires, l'auteur fait remarquer que, trop souvent, le traitement spécifique est abandonné quand les symptômes secondaires ont disparu. Souvent encore les malades ignorent la gravité de leur situation pour leur entourage et deviennent des agents de dissémination de la syphilis. Ils doivent donc être complètement renseignés sur la nature de leur maladie, la nécessité d'un traitement suffisant et prolongé et les dangers de contagion auxquels ils exposent leur entourage s'ils ne prennent pas de précautions rigoureuses.

Le mercure est le seul médicament nécessaire et ses effets manquent rarement s'il est bien administré. Les effets fâcheux qu'on a attribués au mercure sont très probablement dus à la maladie elle-même et non au médicament. Certains sujets peuvent supporter impunément des doses bien plus élevées que d'autres, et il faut trouver la dose maxima que le patient peut supporter. Une fois qu'on y est arrivé on peut soutenir le traitement pendant des mois sans qu'il soit suivi d'aucun effet fâcheux. Le mercure ne s'accumule pas dans les tissus comme on l'avait supposé, mais il s'élimine presque entièrement de l'organisme au bout de dix à quatorze jours. Cette élimination s'effectue principalement par les intestins et les reins, aussi lorsque les organes excréteurs sont atteints on constate que le mercure n'est pas aussi bien toléré. Ce fait ne veut pas dire que le mercure a une action nocive pour le malade ou qu'il ne produit pas son action thérapeutique, mais simplement qu'il s'élimine moins rapidement et que par conséquent il en faut moins donner.

Avant de commencer le traitement mercuriel, il faut examiner l'urine et s'assurer de l'état des fonctions intestinales. S'il existe des dents cariées, il faut les enlever ou les obturer et prescrire de les brosser et de se laver la bouche pendant la durée du traitement. Ces précautions doivent être prises après chaque repas, si possible, et au moins deux fois par jour. L'alimentation doit être abondante et l'aération suffisante et pure. Le malade entretiendra les fonctions de la peau par des nettoyages quotidiens avec la brosse et du savon. Le mercure doit être donné à doses suffisantes sans produire de salivation, de la stomatite ni de la diarrhée, ni même des modifications dans la coloration des dents.

L'auteur ne traite jamais une syphilis par l'iodure de potassium seul, mais à l'apparition des symptômes secondaires et après les trois ou quatre premiers mois, il le donne avec le mercuré. Le traitement doit être poursuivi durant dix-huit mois à deux ans, puis abandonné six mois pour être repris pendant dix mois; mais la durée du traitement dépend surtout de la maladie. L. JUMON.

La levure de bière contre l'amygdalite phlegmoneuse (*Gazzetta degli Ospedale e delle Cliniche*, n° 12, 1906). — M. MELZI, préfère à la levure fraîche ou à son extrait la levure desséchée qui a tous les avantages du produit frais, sans en avoir les inconvénients.

Il conseille comme dose moyenne de 3 à 4 cuillerées à café à 3 à 4 cuillerées à soupe. Les résultats sont très bons si le traitement est commencé dès le début de l'infection. On réussit même parfois à faire avorter la maladie : plus tard le traitement ne réussit presque jamais.

En premier lieu, on voit se calmer la dysphagie ; deux jours après le malade peut vaquer à ses affaires. Néanmoins, les amygdales restent encore pendant quelques jours hypertrophiées et dures.

On a de plus l'avantage, avec l'emploi de la levure, d'enrayer toutes les complications.

A.-L. PERCIVAL.

Des indications opératoires dans le traitement des sinusites, par CAPART fils (*Arch. internat. de laryngol.*, mars 1906). — Une statistique de Pitt reposant sur 9.000 autopsies faites au Guy's Hospital de Londres de 1869 à 1888 montre, que dans 57 cas de complications cérébrales, l'oreille était en cause et que dans un seul cas l'affection nasale pouvait être incriminée ; il y a donc une différence très marquée entre le nez et l'oreille au point de vue des complications possibles.

Les complications spontanées des sinusites sont d'une fréquence qui a été diversement interprétée ; pour les uns, elles seraient loin d'être rares, et pour d'autres elles seraient loin d'être fréquentes. Sur 6.000 autopsies, Treitel n'a relevé que 2 abcès cérébraux et un abcès extra-dural ; sur 10.394 autopsies, Wertheim trouva 127 cas de suppuration intra-cranienne, dont 6, ou au plus 14, pouvaient être rapportées à des affections des sinus de la face. Cliniquement, Hajek n'a pu recueillir que 54 cas d'abcès cérébraux rhinogènes, dans toute la littérature médicale. On peut donc considérer comme rares les complications cérébrales des sinusites.

L'intervention n'est pas toujours sans danger. Molly a réuni 10 observations de complications encéphalo-méningées succédant de près ou de loin à l'opération. Lermoyez a fait remarquer, en 1904, que la sinusite frontale ne fait guère courir de dangers au malade tant qu'on ne l'opère pas. Luc avoue qu'il a eu des complications intracraniennes dans un sixième des cas de sinusites frontales qu'il a opérées suivant son procédé. Plusieurs opérateurs ont signalé les accidents mortels qui sont survenus après l'opération.

L'intervention n'est indiquée que lorsque les symptômes sont plus graves que les risques de l'opération.

Les complications endocraniennes des sinusites sont d'un pronostic presque fatal ; dans une monographie sur ce sujet, Kilian rapporte que, sur 29 cas, 3 malades seulement ont pu être sauvés.

A. COURTADE.

Rhinoplastie (35e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*, 1906). — M. HOLLANDER (de Berlin) a imaginé un nouveau procédé de rhinoplastie qui paraît avoir le mérite d'être facilement exécutable. Il consiste à rabattre en bas tout ce qui reste de l'organe et à chercher dans la peau adjacente les lambeaux susceptibles de recouvrir la plaie supérieure. Une malade lupique, ainsi opérée, a pu dans la suite tenir l'emploi de femme de chambre dans un hôtel de luxe. Nous manquons de détails sur la manière dont l'auteur s'y prend pour reconstituer la charpente solide du nouveau nez.

A. BENOIT.

Considérations sur la ponction lombaire et ses applications thérapeutiques aux affections de l'oreille, par M. GODTS (*Archives médicales belges*, mars 1906). — Devant la diversité des opinions émises quant à l'endroit de la ponction et la direction à donner à l'aiguille, l'auteur s'en tient au procédé suivant : le sujet étant assis, le tronc dans la rectitude, repérer l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre lombaire par l'horizontale unissant les parties supérieures des deux crêtes iliaques et surtout par la pression digitale ; maintenir l'index gauche sur cette apophyse, engager le sujet à incliner le tronc en avant et ponctionner immédiatement en dessous du doigt ou de la quatrième apophyse épineuse, en enfonçant l'aiguille dans une direction perpendiculaire à l'axe du rachis exactement sur la ligne médiane ou à 5 millimètres en dehors et en dessous de l'apophyse. L'asepsie doit être parfaite. Il faut avoir une aiguille solide, à biseau étroit, en platine ou en acier, longue de 9 à 10 centimètres et il est indispensable de la munir d'un mandrin qu'on ne doit retirer qu'au moment où on a bien la sensation d'avoir pénétré dans l'espace sous-arachnoïdien.

L'auteur a d'abord appliqué la rachicentèse à la cure de la névrite optique, pensant en retirer des avantages d'après les théories mécaniques invoquées pour expliquer les lésions : stase veineuse, hypertension provoquée par les tuméfactions intra-craniennes, exsudation papillaire consécutive, ou compression directe du nerf optique par le liquide céphalo-rachidien ; mais l'amélioration qu'ont présentée certains malades au début, ne s'est pas maintenue. Peut-être faut-il agir avant que la dégénérescence des éléments nerveux ait eu le temps de s'établir d'une façon trop complète.

Par contre, l'auteur a eu la satisfaction d'enregistrer deux améliorations considérables dans des cas de sclérose otique. Les affections justiciables du traitement sont caractérisées par la triade symptomatique : vertiges, bourdonnements, surdité. Ce sont l'otite scléreuse, sèche, et les affections labyrinthiques. Dans un cas de surdité datant de quatre ans et accompagnée de bourdonnements incessants et intenses, la ponction lombaire faite à deux reprises amena une amélioration de l'ouïe, au point que la malade put prendre part à la conversation. Dans le second cas le malade fut très soulagé des bourdonnements devenus imperceptibles et des vertiges qui disparurent complètement. Le malade, désespéré avant le traitement, reprenait ses occupations. L'auteur conseille d'agir le plus tôt possible, de ne pas se laisser rebuter par un premier insuccès et de répéter l'intervention.

L. JUMON.

Pansement par l'acide borique dans un évidement pétromastoïdien, par P. DELOBEL (*J. des sc. med. de Lille*, 31 mars 1906). — L'auteur relate un cas intéressant surtout par l'application d'une méthode de pansement relativement récente qui s'est montrée très efficace alors que les méthodes thérapeutiques ordinaires avaient échoué. Un enfant de douze ans, à la suite d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne, était atteint de mastoïdite. Malgré une première opération, l'écoulement du pus continuait à se faire par l'oreille et par l'orifice opératoire resté fistuleux. Nouvelle opération consistant dans l'évidement pétromastoïdien total et complet ayant pour but de faire communiquer les différentes cavités de l'oreille moyenne. Curettage de la vaste cavité en bissac, injection des parois, tamponnements

au chlorure de zinc et à l'eau oxygénée. Ce conduit membraneux fut fendu ensuite longitudinalement pour être rabattu dans l'antre et servir d'amorce à l'épidermisation. Tamponnement par des mèches de gaze iodoformée. Les suites furent normales et tout paraissait en bonne voie quand il fallut inciser une nouvelle collection purulente qui avait été provoquée par l'entrée d'une punaise. Il fallut dans la suite recourir encore au curettage des cavités réinfectées. Le tamponnement par les mèches de gaze iodoformées fut alors remplacé par le pansement boriqué, suivant la méthode de Eman, qui se pratique de la façon suivante : Après détersion soigneuse et assèchement des cavités opératoires, celles-ci sont remplies complètement de poudre d'acide borique cristallisé, pulvérisé très fin et stérilisé. L'antre est rempli par la plaie rétro-auriculaire, la caisse est remplie par le conduit, et dans les deux cavités, la poudre est modérément tassée à l'aide d'un coton monté sur un stylet. On pratique les mêmes insufflations tous les deux jours. Le méat et la plaie rétro-auriculaire sont fermés par de petits tampons de gaze stérilisée, le pansement est fixé à l'aide d'une bande de crêpe Velpeau. Dans ce cas, l'épidermisation a été obtenue en deux mois et d'une façon plus simple que par le tamponnement. L'odeur a disparu dès la première application de poudre. Le seul inconvénient du pansement boriqué a été de provoquer des irradiations névralgiques qui se sont bien calmées par l'absorption de 75 centigrammes de phénacétine. L. JUMON.

Traitement de l'otite moyenne suppurée chronique par les rayons X (*Gazetta Medica Italiana*, n° 3, 1906). — J. DIONISIO a traité par la radiation vingt malades qui souffraient depuis des années et qui avaient déjà essayé, sans aucun avantage, tous les traitements médicaux et même les chirurgicaux, conseillés dans cette affection.

Le traitement se réduit à des séances de radiation et à quelques lavages désinfectants. Seize sont complètement guéris, et la guérison dure depuis une période de trois mois à trois années : dans tous les cas, l'auteur a constaté une considérable amélioration de la surdité.

A.-L. PERCIVAL.

Ophtalmologie.

Dr DARIER

Ancien Président de la Société d'Ophtalmologie.

La radiothérapie dans le traitement des épithéliomas des paupières, par BISSÉRIÉ (*Le Bulletin médical*, 7 avril 1906). — Dans le cas particulier de l'*épithélioma des paupières* la question se présente sous trois aspects différents :

1° La néoplasie a franchement débuté par les téguments des paupières et a évolué en restant nettement cantonnée au revêtement cutané palpébral ;

2° Partie des téguments superficiels, elle a fusé vers les parties profondes (sac lacrymal, glande lacrymale, cavité orbitaire) ;

3° Elle n'est que l'extension aux téguments des paupières d'une néoplasie profonde.

Pout retirer de la radiothérapie un effet utile, les radiations doivent porter leur action aussi directement que possible sur la néoplasie dans toutes ses parties, et, en second lieu, que la dose administrée soit suffisante.

Ces conditions sont réalisables pour le premier cas, mais elles ne le sont plus pour les deux autres : en effet, certaines parties seules de la néoplasie sont influencées directement, les autres le sont insuffisamment ou même pas du tout suivant leur situation. Dans ces conditions, la radiothérapie ne peut avoir qu'une action éphémère, si tant est qu'elle en ait une.

Parmi les nombreux malades traités par l'auteur, les récidives se sont montrées dans deux conditions différentes ;

Ou bien dans les épithéliomas cutanés peu étendus et absolument superficiels, la néoplasie ayant présenté après la troisième ou la quatrième application toutes les apparences d'une guérison parfaite ; le traitement avait cessé après une dose totale de 15 à 20 H, dose insuffisante ;

Ou bien, la néoplasie cutanée masquait une néoplasie profonde peu accessible aux radiations. La portion cutanée, suffisamment influencée, guérissait, tandis que la portion profonde, continuait son évolution.

Quant aux insuccès, il est fort probable qu'ils étaient dus à ce fait que la variété traitée était tout aussi réfractaire à l'action des radiations X qu'à toutes les autres méthodes thérapeutiques.

Quoi qu'il en soit, la radiothérapie s'est montrée, dans la grande majorité des cas, d'une efficacité indéniable et elle a donné des résultats curatifs aujourd'hui confirmés par le temps.

Dans les épithéliomas des paupières, elle est, comme méthode conservatrice des mouvements, bien supérieure à toute autre méthode, y compris les autoplasties les plus habilement exécutées.

En admettant même — chose qui est loin d'être démontrée — qu'il y ait plus de chances de récidive par la radiothérapie que par l'exérèse, il suffit de surveiller le malade pour refaire en temps utile les applications nécessaires.

En tout cas, s'il y a récidive profonde, on sera toujours à même, de recourir à l'intervention chirurgicale; mais il ne semble pas admissible de priver les malades des avantages d'une méthode sous le prétexte qu'elle peut échouer quelquefois.

E. VOGT.

Recherches sur la valeur de la radiumthérapie du trachome à la période granuleuse, par J. V. ZÉLENKOVSKY (*Roussky Vratch*, 1906, nos 7, 8 et 9). — L'auteur a traité, à la clinique ophtalmologique du professeur Bellarminov, à l'Académie militaire de Saint-Pétersbourg, 25 cas de trachome à la période granuleuse par les applications de radium. Voici ce qu'il a pu constater au cours de ces observations :

Le meilleur procédé de radiumthérapie dans l'ophtalmie trachomateuse, procédé qui permet d'éviter toute action nocive sur le globe oculaire lui-même, consiste à appliquer et à promener sur la muqueuse des paupières retournées un tube renfermant 10 milligrammes de bromure de radium, la durée de cette application ne devant pas dépasser dix minutes pour chaque paupière, les séances n'étant renouvelées qu'à des intervalles de deux ou trois jours.

A la période granuleuse du trachome non accompagné de conjonctivite catarrhale, le radium agit très efficacement. Sous son influence, les granulations disparaissent sans laisser persister de cicatrices ni d'autres altérations pathologiques de la conjonctive et sans qu'on puisse remarquer de tendance aux récidives. Dans ces formes de trachome, la radiumthérapie ne le cède en rien aux procédés usuels de traitement de la conjonctivite granuleuse (cautérisations au crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, expression des granulations) et les surpasse même parfois. L'action favorable du radium commence à se manifester entre la deuxième et la quatrième séance (en quatre à huit jours), suivant l'intensité du processus morbide. Les granulations une fois disparues, il faut procéder encore à une ou deux séances radiumthérapiques. Si, après le traitement par le radium, on voit subsister de l'infiltration des conjonctives, il y a lieu de parachever la cure par des applications astringentes.

Somme toute, sans vouloir faire de la radiumthérapie une panacée du trachome, l'auteur estime que le radium n'en constitue pas moins un moyen précieux pour combattre cette affection, surtout dans les cas rebelles aux procédés usuels de traitement.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Sur le traitement des inflammations cutanées par les bains chauds, par RICHTER (*Munch. med. Woch.* 10 avril 1906). — L'auteur qui a fréquemment l'occasion d'observer des accidents dans une société d'ouvriers, des écrasements des parties molles avec ou sans lésion de la peau, des corps étrangers de la peau, des plaies infectées, des panaris, furoncles et phlegmons, a l'habitude de traiter toutes ces affections par des bains chauds autant que les régions s'y prêtent. Le patient doit prendre, plusieurs fois par jour, chez lui, des bains locaux le plus chauds possible pendant une demi-heure à une heure et empêcher le refroidissement par l'addition d'eau chaude. Dans les lésions des doigts ou des orteils le malade baigne toute la main ou tout le pied, si l'inflammation siège plus haut le bain porte sur le bras ou sur la jambe. Des applications chaudes mouillées, renouvelées le plus souvent possible suffisent pour les affections du bras ou de la cuisse. Pour assurer la propreté du récipient utilisé, on ajoute une demi-cuillerée à soupe de carbonate de soude par litre d'eau. Après le bain, le membre est enveloppé dans de la gaze sèche propre. L'auteur retarde le plus possible les incisions et le drainage des foyers d'infection, même lorsqu'ils sont compliqués de lymphangite et d'adénite. Les produits inflammatoires se résorbent ou bien le foyer s'ouvre spontanément dans le bain ou bien on l'ouvre en l'incisant.

L. JUMON.

Sur le psoriasis et son traitement, par ABRAHAM (*Brit. med. J.*, 14 avril 1906). — Autrefois, le traitement interne constituait pratiquement la seule méthode thérapeutique en dehors d'un séjour dans une station balnéaire, mais, peu à peu, le traitement externe a pris l'importance qui lui convient. C'est certainement ce dernier que l'auteur a trouvé le plus utile et il a toujours vu le psoriasis disparaître par le traitement au goudron bien conduit, et souvent avec une très grande rapidité par la chrysarobine, qu'on employât ou non des médicaments internes. Cependant ces derniers sont utiles dans un grand nombre de cas où l'on soupçonne la diathèse urique, des affections digestives, de l'anémie, etc. Mais toujours le traitement externe doit être poursuivi

avec vigueur. Il n'existe, en effet, aucun médicament interne pouvant être considéré comme spécifique du psoriasis, pas même l'arsenic, bien qu'on rencontre de temps à autre des cas dans lesquels ce médicament donne d'excellents résultats, surtout si on augmente fortement la dose. Mais il n'est pas rare non plus d'observer un résultat analogue à la suite d'une maladie intercurrente. Mais une fois l'affection guérie, le psoriasis reparaît. Après Byrom Bramwell, l'auteur a essayé le traitement thyroïdien, mais il n'a obtenu d'améliorations que dans quelques cas, aussi ne l'emploie-t-il que dans les cas où l'éruption est particulièrement grave et en surveillant le malade. Le sulfate de magnésie, associé à un peu de fer et à un tonique amer, est souvent utile en régularisant l'action intestinale, en améliorant la nutrition générale; lorsqu'il y a excès d'acide urique, l'auteur recommande les salicylates, la saliciline et les alcalins.

Quant au traitement externe, il prescrit d'abord un bain de goudron léger de dix minutes de durée tous les jours, suivi d'une bonne friction avec une pommade au goudron, on se sert de la formule suivante :

Créoline.....	4 à 8 grammes
Acide salicylique.....	0,60 centigrammes
Mélange ammoniaco-mercuriel.....	0,60 centigrammes
Lanoline / Vaseline } Q. s. p.....	30 grammes

A cette préparation, on ajoute parfois 8 à 12 grammes de savon et un gramme de soufre pur précipité.

La proportion de chacune des substances actives doit du reste varier suivant le cas, la susceptibilité du malade, les régions atteintes, etc. En général, l'affection cède en quelques semaines à ce traitement; si elle résiste davantage, l'auteur ajoute à la formule ci-dessus 0,60 à 1 gr. 20 de chrysarobine. Les taches rebelles peuvent être frottées avec une brosse trempée dans une solution de chrysarobine, dans la benzine, puis on badigeonne la partie avec du collodion élastique. Contre le psoriasis du cuir chevelu, l'auteur emploie la pommade suivante :

Mélange ammoniaco-mercuriel..	12 grammes
Savon mou..... / Vaseline..... } ââ	30 —

En ajoutant quelquefois de la résorcine ou une huile de goudron. L. JUMON.

Le traitement de la syphilis par les injections mercurielles, par DUHOT (*Ann. de la policl. centrale de Bruxelles*, mars 1906). — L'auteur n'est pas partisan des injections de sels solubles, aux inconvénients connus desquelles il ajoute celui d'être éliminées trop rapidement sans avoir imprégné suffisamment les éléments cellulaires. Parmi les injections insolubles, le calomel est trop douloureux, et ne peut être administré qu'aux rares sujets qui le supportent. Le salicylate de mercure est peu efficace : reste donc l'huile grise à doses intensives qui parvient, dans 95 p. 100 des cas, à supprimer radicalement, dès le début, toute manifestation syphilitique, même la roséole. Pour atteindre ce but, il faut, au plus tard le 12e jour après l'apparition du chancre, faire une série de 15 à 20 injections d'huile prise contenant chacune 0 gr. 14 de mercure à la concentration de 40 p. 100 : on continuera plus tard par des séries de 10 à 12 piqûres de même dose tous les huit jours. Environ 15 p. 100 des sujets ne supportent pas le traitement; en revanche, chez les individus bien musclés, la méthode est presque indolore. Souvent, un côté du corps est plus sensible que l'autre.

La stomatite, qui peut survenir avec tous les procédés de mercurialisation, tient surtout au mauvais état de la dentition.

Le traitement est contre-indiqué chez les vieillards, les cachectiques, les débilités, les alcooliques avec insuffisance rénale, les artério-scléreux, les goutteux, les tuberculeux et les femmes enceintes atteintes d'albuminurie.

E. VOGT.

Traitement de paraplégies syphilitiques, par PERRIN ET PARISOT (*Revue méd. de l'Est*, 1er avril 1906). — Le traitement des paraplégies syphilitiques doit être précoce, intensif et prolongé. L'intensité du traitement qui découle comme sa précocité de la nécessité d'agir vite est, disent les auteurs, dans une certaine mesure, facteur du mode de traitement employé.

Le traitement mercuriel par la voie stomacale est habituellement insuffisant dans le cas de syphilis nerveuse, surtout grave. Il constitue un procédé trop lent contre les accidents rapides et violents. La voie stomacale servira pour l'iode qui, à dose élevée, est un adjuvant du mercure dans les cas de lésions gommeuses de la moelle et de ses enveloppes.

Les frictions sont déjà plus efficaces. Mais leur action n'est ni aussi rapide ni aussi constante que celle des injections.

Pour les injections, trois principales formes médicamenteuses peuvent être employées :

Un sel soluble (bi-iodure d'hydrargyre);

Un sel insoluble (calomel);

Le mercure en nature (huile grise).

Le biiodure doit être injecté à dose suffisante (2 centigrammes), avec, s'il y a lieu, augmentation progressive de la dose d'une fois à l'autre. Mais les injections pénibles pour le malade doivent être abandonnées pendant trois ou quatre semaines pour continuer l'entretien à l'aide d'huile grise. L'injection est faite en pleins muscles de la fesse tous les jours ou tous les deux jours.

Parmi les sels insolubles, le calomel est un excellent remède à employer pour un traitement d'attaque. Malheureusement, l'injection souvent douloureuse s'accompagne parfois des phénomènes d'intoxication et de diverses complications locales. Aussi, l'huile grise, quoique d'une action moins rapide, est souvent préférée au calomel. On injecte pour le traitement d'attaque des syphilis nerveuses chez l'adulte, VIII à X gouttes à une semaine d'intervalle, Entre les deux premières piqûres, l'intervalle peut être réduit de cinq ou six jours. Après une série de huit ou dix injections, suspension du traitement et reprise à la dose de VI à VII gouttes pour l'adulte. L'huile grise constitue la plus maniable de toutes les préparations mercurielles injectables et on devra l'employer pour continuer le traitement.

Les soins de la bouche et des dents doivent être minutieux au cours des injections. On sera prudent dans l'emploi de la révulsion. Le mercure peut être aidé dans son action par l'iode, suivant les indications spéciales de l'affection. L'iodure de potassium peut être remplacé par la teinture d'iode prise à l'intérieur, par les peptones iodées ou les injections d'huile iodées.

Enfin le traitement doit être prolongé et continué systématiquement malgré la disparition des symptômes médullaires et de toute manifestation de syphilis active. Après le traitement d'attaque, on peut continuer par un traitement analogue à celui d'une syphilis secondaire d'intensité moyenne, c'est-à-dire maintenir sous pression le malade pendant trois ou quatre ans.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La blennorragie qui tue, par JULLIEN (*Revue Intern. de méd. et de chir.*, 25 déc. 1906). — La blennorragie ne doit jamais être traitée à la légère, certaines complications peuvent être mortelles.

L'infection peut se propager au péritoine : dans ce cas, il s'agit presque toujours d'infections secondaires staphylococcique et streptococcique, à point de départ gonococcique. Chez l'homme, la péritonite, complication très rare, peut compliquer une vulgaire orchite : la cause prédisposante est presque toujours, soit la persistance du canal vagino-péritonéal, soit l'ectopie testiculaire. La péritonite peut encore être consécutive à la rupture d'un abcès prostatique dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. L'abcès prostatique peut encore entraîner la mort par embolie consécutive à une thrombophlébite des veines du plexus prostatique.

Chez la femme, la péritonite est plus fréquente, la propagation se faisant plus aisément par l'utérus et les trompes, le plus souvent par rupture d'un pyo-salpinx.

La mort peut survenir encore par septicémie gonococcique; là encore, la septicémie peut être complexe, et il n'est pas rare de voir le staphylocoque et le streptocoque envahir la circulation consécutivement au gonocoque. L'endocardite blennorragique est la localisation la plus fréquente; on peut observer de la péricardite, des infarctus pulmonaires, rénaux, spléniques, cutanés, des arthopathies. Du côté du système nerveux, on a observé des myélites diffuses, des méningites.

Outre ces complications aiguës, il faut encore citer les complications à distance, ou complications indirectes, ophtalmies, pyélonéphrites consécutives au rétrécissement urétral, à la prostatite, à la cystite, salpingites et péritonites lointaines consécutives à l'infection chronique du conjoint.

M. DESCHAMPS.

L'iodure d'argent contre l'urétrite blennorragique (*Semaine médicale*, 31 mai 1905). — SITER et UHLE ont employé avec des résultats très encourageants l'iodure d'argent au titre de 5 à 10 p. 100 dans le traitement de l'urétrite blennorragique. Ce sel étant insoluble dans l'eau, ils l'ont employé en suspension dans un mucilage de semences de coings ; il a, en outre, l'avantage de ne tacher ni la peau, ni le linge. La période aiguë serait jugulée, et la douleur à la miction céderait en vingt-quatre heures.

M. DESCHAMPS.

Les fausses cystites chez la femme, par ISELIN (*Le médecin praticien*, 20 décembre 1905). — Certaines affections des organes génitaux (salpingites, métrites, déviations utérines, fibromes, etc.), les polypes de l'urètre, certaines métrites peuvent provoquer des symptômes simulant la cystite. Ces symptômes sont la

pollakiurie et la douleur terminale à la miction: la pollakiurie n'existe en général que dans la journée. A l'examen cystoscopique il y a souvent un peu de rougeur du bas-fond vésical, ce qui indique qu'il s'agit de phénomènes congestifs.

Mais l'urine, à condition qu'elle soit recueillie aseptiquement avec une sonde, est limpide et ne contient pas de pus ; elle peut être quelquefois troublée par des phosphates qui se dissolvent en acidifiant l'urine. Il n'y a pas, en outre, d'hypersensibilité vésicale à la distension ; on peut injecter par la sonde jusqu'à 300 grammes d'eau sans provoquer de douleur. La pression du col vésical par le toucher vaginal n'est pas douloureuse.

Le traitement sera celui de la cause : l'urétrite sera traitée avec succès par les attouchements à la teinture d'iode à l'aide de l'urétroscope, les polypes seront enlevés au thermo. La vessie reste encore longtemps irritable, surtout au moment des règles, même après la guérison de l'affection causale. Les phénomènes douloureux peuvent être combattus par les petits lavements d'antipyrine et laudanum : il ne faut, dans aucun cas, toucher à la vessie elle-même. M. DESCHAMPS.

Extirpation totale de la vessie, par WILLINS (*Deutsche medizin Wochenschrift*, 1906, n° 4). — Cette opération a été pratiquée avec succès chez un malade dont la vessie était tout entière envahie par une tumeur maligne. Les uretères furent abouchés dans le rectum. Le malade guérit et il peut retenir ses urines pendant plusieurs heures. M. DESCHAMPS.

L'anurie calculeuse, par LEGUEU (*Médecine moderne*, 1906, n° 9). — Le diagnostic de l'anurie calculeuse doit être précoce : le chirurgien est souvent appelé trop tard : la suppression des urines n'incommode pas toujours le malade au début, parfois même il en ressent un soulagement, et cette quiétude laisse à l'urémie le temps de se déclarer avec ses symptômes ordinaires, vomissements, dyspnée, céphalalgie, secousses musculaires, et coma, quelquefois la mort peut être précédée de phénomènes d'excitation cérébrale. La marche est quelquefois intermittente, l'anurie procède par poussées séparées par des débâcles urinaires qui font retarder à tort l'intervention.

La théorie de l'anurie par réflexe réno-rénal est fausse : le malade n'urine pas parce que le rein qui n'est pas obstrué ne fonctionnait pas auparavant, l'élimination urinaire se faisait par le rein calculeux.

L'opération peut être suivie d'une débâcle urinaire qui ne persiste pas, l'anurie récidive et le malade est emporté définitivement; c'est qu'alors la mise en tension du rein calculeux a déterminé dans ce rein des lésions nouvelles qui se surajoutent aux anciennes et annihilent complètement la valeur physiologique de l'organe. L'intervention doit donc être précoce pour ne pas laisser le temps à ces lésions de s'établir : il ne faut jamais attendre pour opérer au delà du cinquième jour.

Le diagnostic se fera par élimination avec les anuries toxiques (néphrites goutteuses, brightiques, par intoxication mercurielle), l'anurie nerveuse (hystérie), les anuries par compression (tumeurs pelviennes). Le diagnostic d'anurie calculeuse sera établi par l'existence de coliques néphrétiques antérieures : le rein malade sera reconnu par la défense musculaire de ce côté, il n'y a en général ni tuméfaction ni douleur à la pression.

Pendant les quatre ou cinq premiers jours on instituera un traitement médical, régime lacté, diurétiques (théobromine, caféine), purgatifs, saignée; pas d'injection de sérum à cause de la rétention des chlorures. On pourra tenter d'éveiller un réflexe rénal en distendant la vessie par injection de 150 à 300 grammes de liquide, ou de refouler le calcul par le cathétérisme uretéral.

Dans la majeure partie des cas, il faut faire la néphrotomie et drainer le rein resté ouvert; le calcul sera enlevé si on le trouve : dans ce cas on pourrait à la rigueur suturer le rein; l'auteur l'a fait une fois avec succès, mais il ne recommande pas cette pratique à cause des altérations du tissu rénal.

M. DESCHAMPS.

Quelques considérations sur la calculose et les tailles périnéale et hypogastrique, par le Dr M. IBAÑEZ CAMPOS (*Thèse de doctorat*, décembre 1905.) — Les causes principales de la calculose sont : la lithiase, dystrophie causant dans les humeurs organiques une accumulation de sels, qui viennent se précipiter sur un noyau organique. Sans le concours de ce dernier facteur il ne peut y avoir formation de vrais calculs.

A ces causes vient s'ajouter l'étroitesse physiologique de l'urètre chez l'enfant, l'hypertrophie de la prostate chez les vieillards, rendant difficile l'expulsion du noyau du calcul et de l'urine, dont la composition chimique se modifie par le fait de la stagnation. Grâce à ce dernier processus, la précipitation des sels sur le noyau est facilitée.

Il est important de poser exactement le diagnostic du calcul, de connaître sa composi-

tion, l'état du sujet et de son appareil urinaire, car de ces prémisses dépend l'indication opératoire.

Parmi les tailles périnéales, celle qui offre le moins de danger est la latérale ou du frère Côme. Grâce à son innocuité et au peu de soins post-opératoires qu'elle exige, il y a lieu de la pratiquer chez les enfants et les adultes avec calculs ne dépassant pas 5 centimètres dans leur plus grand diamètre.

Elle est contre-indiquée chez les sujets qui ont de l'hypertrophie prostatique ou des lésions inflammatoires aiguës de cet organe.

Chez les opérés par le périnée, on ne doit pas faire de drainage ni laisser en place aucune sonde, à moins qu'il n'y ait cystite purulente, auquel cas le drainage rendra grand service.

La taille hypogastrique longitudinale est de tous les procédés de taille par cette voie celui qu'on doit préférer pour le traitement des calculoses.

En général, la taille hypogastrique longitudinale est la meilleure méthode opératoire pour l'extraction des gros calculs (dépassant 6 cent.) et la thérapeutique d'élection chez les calculeux âgés (prostatiques presque tous), chez les adultes offrant la même lésion, et chez les femmes à calcul volumineux ne pouvant être retiré par l'urètre, ou étant trop dur (oxalique ou uratique), pour permettre l'application de la lithotripsie rapide.

Quand il y a concomitance de calcul et de cystite (c'est la majorité des cas), on fera le drainage vésical avec les tubes siphons, ou mieux avec la sonde de Nélaton qui permet d'éviter les inconvénients des tubes siphons. Si le catarrhe est très intense ou purulent, la cystopexie sera la règle.

Exceptionnellement on fera la cystorrhaphie complète quand on sera sûr qu'il n'y a pas infection : le drainage de la cavité prévésicale est fait avec de la gaze; on empêche ainsi l'urine de baigner les tissus. Toutes les trois heures on fera le cathétérisme.

La lithotripsie se pratique moins souvent que les autres procédés, ce qui tient aux difficultés techniques, et aux contre-indications; elle est indiquée chez les calculeux dont les voies urinaires supérieures et inférieures n'ont pas de lésions et quand le calcul ne dépasse pas 5 centimètres et est phosphatique.

F. Berini.

Nouvelle opération destinée à détruire le plancher pelvien, contre les troubles prostatiques, par Andrews (*Ann. of. Surgery*, déc. 1905). — L'auteur propose de remédier aux troubles causés par l'hypertrophie de la prostate par une opération, moins grave que la prostatectomie, qui consiste à luxer la prostate hors du plancher pelvien. Après une incision parallèle aux branches du pubis et dont le sommet répond à la base du pénis, on dissocie le ligament suspenseur et une partie des fibres du releveur de l'anus, puis on incise les ligaments pubio-prostatiques; la prostate est ensuite attirée en bas et prolabée comme un utérus, on suture et on met un petit drain dans chacun des angles de la plaie. Cette opération supprimerait le bas-fond vésical et mettrait le col vésical au niveau du point le plus déclive de la vessie.

M. Deschamps.

Prostatisme et diabète, par Posner (*Berlin. klin. Woch.*, nov. 1905). — Certains prostatiques peuvent présenter un ensemble de symptômes pouvant faire penser au diabète : le fait inverse avait été déjà signalé par Bazy qui a décrit les faux urinaires glycosuriques.

Dans l'hypertrophie de la prostate, on peut observer comme dans le diabète, de la sécheresse de la bouche, de la polyurie, de la pollakiurie nocturne : la rétention peut même provoquer certains accidents pouvant faire penser au coma diabétique.

L'ensemble des symptômes devient encore plus complexe lorsqu'il s'agit d'un diabétique ayant une prostate augmentée de volume : l'attribution étiologique des troubles fonctionnels est d'un diagnostic assez délicat.

Toutes les fois que l'indication de la prostatectomie pourra être posée, il faudra rechercher la glycosurie.

M. Deschamps.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Congrès de Lisbonne. — Le XVe Congrès international de Médecine de Lisbonne s'est réuni du 19 au 26 avril. Le nombre des assistants fut peut-être un peu moindre qu'aux précédents congrès du même genre, ce qu'explique assez la distance, mais la qualité des travaux et des discussions y fut considérable. Les sections de neurologie et d'urologie, en particulier, virent

d'intéressants débats, dans lesquels la science française représentée par MM. Raymond, Brissaud, Dupré, Albarran, Legueu, Desnos, etc., se montra en excellente posture en face des représentants étrangers. Dans les autres sections, MM. Laveran, Cornil, Kirmisson, Hallopeau, Delbet, J.-L. Faure, Doyen, Redard, Sollier, Bensaude, Gastou, Pasteau, Vaillard, Glénard, Maurice Faure, Léon Petit, Henri de Rothschild, etc., firent d'importantes communications, sans parler des rapports en français envoyés dont les auteurs étaient absents.

Ce fut un tort pour beaucoup d'entre eux, car jamais occasion plus belle ne fut offerte à la science française pour se manifester. Tous les débats eurent lieu en français. C'est en français que le roi prononça son discours d'ouverture : c'est en français que s'exprimèrent tous nos confrères portugais en toutes circonstances et la plupart des congressistes étrangers, afin d'être compris d'eux. La délégation française elle-même souffrit de l'absence de ses chefs MM. Brouardel et Richardière retenus à Paris par la maladie.

Mais ce qu'il faut proclamer sans réserves, c'est la parfaite organisation de ce Congrès, à laquelle présida un homme de beaucoup de tact et d'énergie, le professeur Bombarda : de justes éloges lui ont été unanimement adressés. Tous les services ont admirablement fonctionné, et, ce qu'il faut considérer comme un fait exceptionnel dans les vastes réunions internationales de ce genre, on n'entendit de nulle part la moindre critique; ce fut pour lui un succès sans conteste.

Congrès international de Médecine de 1909. — Le gouvernement royal hongrois a chargé les délégués hongrois auprès du XVe Congrès international de médecine, à Lisbonne, d'inviter le Congrès pour sa XVIe session, en 1909, à Budapest. Le gouvernement a mis à sa disposition 100.000 couronnes pour les dépenses; l'assemblée générale de la capitale de Budapest a voté la même somme. L'invitation a été présentée par le président du comité hongrois, M. L. de Toth, conseiller ministériel et acceptée par le Congrès.

BIBLIOGRAPHIE

Diagnostic de la tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire, par L. NATTAN-LARRIER, chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris. 1 brochure gr. in-8° de l'*Œuvre médico-chirurgical* (MASSON et Cie, éditeurs). 1 fr. 25.

L'auteur a exposé dans cet ouvrage les recherches entreprises dans ces six dernières années sur l'application des méthodes de laboratoire au diagnostic de la tuberculose.

La technique des nouveaux procédés est décrite en termes concis. Le lecteur apprendra à rechercher par le séro-diagnostic les propriétés agglutinantes du sérum des tuberculeux et par le séro-diagnostic les réactions leucocytaires de leurs séreuses. Grâce à la bactérioscopie indirecte, il saura trouver le bacille de Koch dans des liquides organiques où on ne pouvait naguère le déceler; à l'aide des milieux récemment préconisés, il obtiendra des cultures premières en un temps très court.

L'injection dans la mamelle lui permettra d'abréger la longue période qui s'écoulait jadis avant que l'on pût connaître le résultat d'une inoculation au cobaye.

Après avoir décrit chacune de ces méthodes, l'auteur en expose les applications et en discute les indications. Ainsi se trouve constitué un guide pratique indispensable à ceux qui s'intéressent au diagnostic de la tuberculose.

Au moment où les études sur cette question sont plus que jamais à l'ordre du jour, ce petit volume, écrit avec une réelle compétence, arrive à son heure.

L'injection trachéale simplifiée, par le Dr Henri MENDEL, ancien interne des hôpitaux de Paris. F. R. DE RUDEVAL, éditeur, 4, rue Antoine-Dubois (VIe). Un volume 1 fr. 50.

L'auteur a écrit ce Manuel pour répondre au désir de nombreux confrères qui souhaitent

d'être renseignés brièvement sur l'*injection trachéale simplifiée*. On sait, en effet, que cette nouvelle technique ne nécessite plus d'instruction laryngologique préalable et se trouve ainsi mise à la portée de tous les praticiens.

Les excellents résultats obtenus par cette méthode simple et inoffensive dans le traitement des affections respiratoires et notamment dans la tuberculose — dont la thérapeutique est si pauvre — expliqueront au lecteur sa diffusion progressive et rapide.

Diagnostic et Traitement des Végétations adénoïdes (*Etude sur la nécessité d'une intervention radicale et opportune dans les végétations adénoïdes et des funestes conséquences de cette affection abandonnée à elle-même*), par le Dr SUAREZ DE MENDOZA, de Paris, membre des Sociétés d'ophtalmologie, d'otologie, laryngologie et rhinologie de Paris de la Société de médecine de Paris et de l'Académie royale de Barcelone, avec préface de M. le professeur DUPLAY. 1 volume grand in-8 de 212 pages, avec 30 figures dans le texte : 5 fr. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Cet ouvrage, destiné surtout aux praticiens, à ce que nous dit l'auteur, aurait pu s'appeler « Traité des Végétations adénoïdes », car cette importante question de pathologie infantile a été étudiée avec clarté et précision dans tous ses détails, et certains chapitres, les plus importants, comme la symptomatologie, le diagnostic et le traitement, ont été traités d'une façon magistrale, comme le constate le professeur Duplay dans la préface, de laquelle nous nous plaisons à extraire les lignes suivantes :

« Les résultats si désastreux de la respiration buccale, antiphysiologique, due à l'obstruction nasale par les végétations adénoïdes, sont exposés avec force détails et de main de maître. L'auteur montre qu'un grand nombre d'enfants, bien doués d'ailleurs, peuvent être atteints dans leur force vive, leur intelligence, leur mémoire, leur endurance au travail. Il dépeint d'une façon saisissante ces pauvres enfants à faciès caractéristique, chétifs, malingres, rabougris, proie facile de toutes les maladies infectieuses qui guettent cet âge, et guérissant dans la grande majorité des cas comme par enchantement dès qu'on a fait disparaître la cause par une intervention opportune.

« Tout ce chapitre, où M. Suarez de Mendoza fait ressortir avec une grande habileté les diverses complications des végétations adénoïdes, leur rôle néfaste au point de vue physiologique et pathologique, mérite d'être lu avec la plus grande attention, non seulement par les praticiens qu'il avait en vue en l'écrivant, mais aussi par les spécialistes qui tous y trouveront sûrement quelque chose à glaner. »

L'ouvrage est construit sur le plan suivant : dans les premiers chapitres, l'auteur donne la définition et fait l'historique des végétations adénoïdes; il passe ensuite à l'anatomie normale et pathologique, puis établit l'étiologie. Le chapitre suivant de la symptomatologie sera des plus utiles aux praticiens pour lesquels il sera une étude des plus complètes en la matière. Puis après avoir exposé les rapports qui existent entre les végétations adénoïdes et les maladies infectieuses de l'enfance, l'auteur donne les éléments de diagnostic qu'il fait suivre du pronostic. Le traitement médical et chirurgical, et le choix du procédé opératoire et de l'instrument, sont exposés dans un chapitre d'un développement justifié. Enfin, après une description remarquablement précise des complications opératoires, l'auteur fait ressortir dans le dernier chapitre les heureux résultats de l'intervention.

Manuel du candidat aux grades de Médecin auxiliaire et de Médecin de réserve, par MM. le Dr André LUCAS et E. JOSEPHSON, externe des hôpitaux. VIGOT frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Un volume in-8° carré, 1 fr. 25.

L'article 25 de la loi du 25 mars 1905 prévoit que les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et qui auront passé avec succès l'examen de médecin auxiliaire, accompliront, avec les avantages de ce grade, leur deuxième année de service.

C'est assez démontrer le grand intérêt que présente pour l'étudiant en médecine un examen spécial d'ordre technique militaire.

C'est dans ce but que les auteurs se sont efforcés de grouper dans un petit volume les différentes matières correspondant à l'examen. Un petit appendice succinct sur le concours de place d'aide-major de deuxième classe dans le corps de santé des troupes coloniales, réservées aux médecins civils âgés de moins de trente-deux ans, termine ce travail qui, nous n'en doutons pas, rendra un réel service à MM. les étudiants et aussi aux médecins désireux d'embrasser la carrière de médecin des troupes coloniales.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Faculté de médecine de Paris. — LISTE DES PRIX A DÉCERNER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Tous les mémoires doivent être déposés au secrétariat, avant le 15 octobre, sans nom d'auteur, mais avec une devise.

Prix Corvisart : Médaille de vermeil et 400 francs. — Question : « L'hémoptysie. »

Prix Montyon : 700 francs. — A l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir.

Prix Barbier : 2.000 francs. — A la personne qui a inventé une opération, des instruments, de bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieurs à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment.

Prix Chatauvillard : 2.000 francs. — Au meilleur travail des sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente.

Ils sont reçus, au secrétariat, de midi à 3 heures, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont : 1.000 francs. — En faveur d'un étudiant distingué et sans fortune.

Les candidats doivent se faire inscrire, avant le 1er septembre de chaque année, au secrétariat. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° les pièces de nature à faire connaître leur situation de famille et celle de leur famille.

Legs Barlow : 4.000 francs. — Pour être employé à aider des jeunes gens pauvres à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable.

Faire la demande avant le 1er septembre.

Legs Pelrin. — Même but ; même condition ; en outre, appartenir à une famille domiciliée à Paris depuis cinq ans au moins.

Donation Lannelongue : 1.200 francs. — En faveur d'un étudiant en médecine de l'Université de Paris, issu d'une famille peu fortunée, domiciliée depuis dix ans au moins dans le département du Gers, et de préférence dans l'arrondissement de Condom.

La bourse sera attribuée pour quatre ans. Elle pourra être retirée pour mauvaises notes de travail ou de conduite.

Prix du Dr Véret (de Doullens). — A décerner chaque année à un étudiant pauvre.

Faire la demande sur timbre à 0 fr. 60 avant le 1er septembre.

Thèses récompensées. — Sont seules admises au concours, les thèses ayant obtenu la note très satisfait.

Pour les bourses du doctorat en médecine, les bourses municipales, les bourses d'études, de voyages, la gratuité, les exonérations, se renseigner au secrétariat de la Faculté.

Donation Faucher : 1.200 francs. — Destiné à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examen et de diplôme, ainsi que des frais d'impression de la thèse, deux étudiants français et deux étudiants polonais.

Déposer au secrétariat de la Faculté, avant le 1er septembre : 1° une demande ; 2° toutes pièces de nature à faire connaître la situation de fortune et celle de la famille ; 3° un document authentique établissant la nationalité française ou polonaise.

Prix Lacaze : 10.000 francs. — Aux termes du testament de M. le Dr Lacaze, au meilleur ouvrage sur la « phtisie » et sur la « fièvre typhoïde » (alternativement).

A la fin de l'année 1906 il y aura lieu de décerner le prix Lacaze au meilleur ouvrage sur la « fièvre typhoïde. »

Legs Jeunesse. — 1.500 francs au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène;
750 francs (prix biennal) au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.
En 1906, le prix relatif à l'hygiène sera seul attribué.

Prix J. Saintour : 3.000 francs. — Question : « Des rapports de l'alcoolisme et des accidents saturnins. »

Prix Béhier : 1.800 francs. — Question : « Syphilis hépatique. »
Ce prix sera attribué en 1906.

Prix Charles-Legroux : 300 francs. — Au meilleur travail sur le « diabète, ses causes et son traitement ».
Ce prix sera attribué en 1907.

Legs Marjolin : 5.161 francs.
Affecté, chaque année, au remboursement des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français, internes ou externes des hôpitaux de Paris, s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, et ayant recueilli avec soin des observations dans leurs services.

MM. les internes et externes français des hôpitaux de Paris, qui désireraient obtenir sur le legs Marjolin le remboursement de leurs inscriptions prises antérieurement, devront adresser à M. le Doyen une demande libellée sur papier timbré de 0 fr. 60.

Les demandes sont reçues au secrétariat de la Faculté du 1er au 15 octobre.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement.
Par le Dr **F. Lagrange**.
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 volume in-8°..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par **Allyre CHASSEVANT**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand in-8°, avec gravures..... 10 fr.

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE
(MANIFESTATIONS ET CHIRURGIE)
Par le Dr **H. DURET**
Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.
Un fort vol. gr. in-8 de 800 pages, avec 297 fig. dans le texte..... 20 fr.

ESSAI SUR LA PUBERTÉ CHEZ LA FEMME
ÉTUDE DE PSYCHOLOGIE FÉMININE
Par le docteur **Marthe FRANCILLON**
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
volume in-16 de la *Collection médicale*, cartonné..... 4 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA THÉRAPEUTIQUE LOCALE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES (1)

(*Les thérapeutiques locales*)

Par M. le Dr A. Charrin (Paris)

Professeur au Collège de France, médecin des hôpitaux.

Généralités.

Dans nombre de circonstances, les *succès thérapeutiques* des chirurgiens, tout au moins en partie, semblent tenir aux conditions qui permettent d'*agir directement* sur l'agent morbifique. Versé à la surface d'une plaie, dans un foyer de suppuration, au sein d'une cavité pathologique, kystique, articulaire, etc., l'*antiseptique entre en contact immédiat avec le microbe pathogène*. En général brève ou longue, la durée de ce contact dépend à peu près exclusivement de l'opérateur apte, grâce à des interventions successives, à impressionner une bactérie de plus en plus atténuée, partant de plus en plus facile à détruire. D'autre part, en tenant compte des sécrétions, il est aisé d'apprécier la dilution souvent légère subie par le principe curateur, par suite de remédier aux *insuffisances quantitatives* de ce principe.

En présence de ces données, on tend à *instituer en médecine* ce qu'on appelle les *thérapeutiques locales;* autrement dit, on cherche à introduire la substance utile au sein même du tissu malade, à restreindre son influence à la zone morbide. Toutefois, il n'est que juste de reconnaître qu'en dehors peut-être des applications de quelques agents physiques ou de certains produits chimiques sensiblement insolubles, fréquemment *cette localisation n'a rien d'absolu*. Les anastomoses vasculaires et plus encore nerveuses, les cellules migratrices et surtout les phénomènes réflexes, etc., suffisent à s'opposer au rigoureux maintien, dans un territoire déterminé, de toutes les parcelles de la substance utilisée.

En pathologie, dans plus d'un cas, pour compléter une définition, la convention, la comparaison s'associent à la logique ou à la grammaire; avant tout, il importe de s'entendre sur la portée des mots et le sens précis des expressions en cause.

(1) *Congrès de Lisbonne.*

I

Thérapeutiques locales et chirurgie.

A. *Conditions distinctes.* — Le chirurgien qui sutura les *lèvres d'une plaie* cutanée, muqueuse ou musculaire, qui rapproche les fragments d'un os fracturé, d'un nerf sectionné, qui met en place une épiphyse expulsée de sa cavité articulaire, etc., fait une thérapeutique locale; il *vient en aide à la nature*, dont, le plus souvent, sans quelques imperfections telles que des cicatrices, des défectuosités du cal, des pseudarthroses, etc., l'effort de guérison n'aurait pu conduire à ces mêmes résultats. En dehors de la prothèse propre à remédier à certaines anomalies, à titre d'exemples on peut encore, dans cet ordre d'idées, citer l'*ablation d'un corps étranger* ou d'un *gros parasite*, l'*ouverture d'un kyste*, d'un *abcès*, d'un *phlegmon*, d'un *foyer gangréneux*, etc.

Toutefois, dans ces conditions, tout en demeurant locale l'intervention de l'opérateur, en général, comporte un rôle plus actif; non seulement en enlevant ce *corps étranger*, ce parasite, en ouvrant cet *abcès*, ce *phlegmon*, ce *foyer gangréneux*, elle permet une curation plus rapide et plus parfaite, mais, en outre, en détruisant par le feu ou des agents chimiques des tissus sphacélés, en *anéantissant des processus nocifs*, elle institue une *véritable guérison*. La fièvre, l'albuminurie, etc., qui dérivaient de ces processus, s'atténuent et disparaissent; l'opéré cesse en quelque sorte d'être un malade pour devenir un simple blessé : cette thérapeutique a été *curative* parce qu'elle a attaqué, combattu et détruit localement, là où il siégeait, l'*agent causal*.

B. *Multiplicité des interventions locales.* — Il serait aisé d'allonger encore cette liste, de multiplier indéfiniment ces énumérations; il suffit de rappeler la dilatation d'un *rétrécissement*, la suppression d'une *fistule*, d'une *fissure*, d'une *tumeur*, la résection d'une partie altérée appartenant à un *os* atteint de carie, à un *intestin* hernié, étranglé, à une *muqueuse* ulcérée, à une *vésicule* enflammée, à un *organe* quelconque plus ou moins détérioré, etc., etc.

C. *Les thérapeutiques locales et la médecine. Exagérations.* — La puissance de ces interventions est telle que, de plus en plus, la médecine tend à les faire siennes. Elle ne se borne pas à les appliquer à l'*évacuation des collections* accumulées dans les *séreuses*, dans la *plèvre*, le *péritoine*, la *vaginale*, etc.; elle s'efforce de les étendre à la cure de certaines *affections hépatiques*, *gastro-intestinales*, *pulmonaires*, etc. Peut-être même ces tentatives ne sont-elles pas exemptes d'exagération? L'immobilisation, l'antisepsie, la révulsion, etc., sont susceptibles d'assurer l'heureuse terminaison de certaines *appendicites* trop facilement soumises au bistouri, dont, en pareil domaine et dans maintes circonstances, je suis du reste le premier à proclamer la souveraine utilité. D'autre part, avant de se décider à réséquer un *fragment de muqueuse gastrique*, *une partie du jéjunum*, *du poumon*, etc., autant que possible, il convient de vérifier l'étendue du néoplasme, de l'ulcère, des lésions tuberculeuses, etc. Sauf des cas spéciaux, il n'est pas jusqu'au *gros intestin*, dont la suppression ne saurait se justifier. N'avons-nous pas établi qu'à son niveau l'eau des fèces se résorbe dans la proportion de 25 à 35 %; si cette déshydratation fait défaut, la diarrhée devient un phénomène permanent. Sans doute, c'est dans le cæcum et le côlon ascendant qu'en immense majorité pullulent les bactéries des voies digestives, qu'existe la plus grande proportion

des poisons; mais grâce à la nature de l'épithélium si différencié, grâce à la richesse de la muqueuse en leucocytes, en éléments lymphoïdes, en traversant la paroi ces principes sont modifiés. En tout cas, par sa structure comme par son rôle, cette zone du canal alimentaire se distingue et des anses qui précèdent et de celles qui suivent; le revêtement interne du rectum rappelle celui des simples canaux excréteurs.

Du reste, c'est à l'expresse condition de baser sa conduite sur de graves motifs qu'un tissu peut être l'objet de ces thérapeutiques chirurgicales plus ou moins localisées. En particulier, il ne suffit pas de pouvoir invoquer une gêne mécanique pour se croire autorisé, ne fût-ce que partiellement, à enlever le *grand épiploon*. Tout en contribuant au maintien des états anti-toxiques ou bactéricides, tout en purgeant la cavité péritonéale des corps étrangers, cette membrane se porte, en outre, au secours d'un organe abdominal menacé, elle l'entoure de manière à s'opposer à la diffusion des éléments nuisibles provenant de son tissu, à recueillir, à transformer ces éléments. C'est ainsi qu'elle enveloppe une anse intestinale enflammée ou bien rétrécie, une rate dont on a lié le pédicule. Dans ces conditions, quand, au préalable, on a enlevé ce tablier péritonéal, les lésions hépatiques sont plus prononcées, la mort plus prompte et plus commune. L'expérience nous a, d'ailleurs, appris quelle influence exercent sur le développement et la nutrition du viscère sous-jacent *les séreuses* enveloppantes; aussi, en dehors de formelles indications, condamnons-nous les résections de ces séreuses et les essais analogues qui, en supprimant la capsule *rénale*, prétendent guérir les néphrites.

Nul n'ignore que, par des interventions limitées à la *splénectomie* ou à *l'ablation de l'appareil utéro-ovarien*, on a traité la maladie de Banti ou une série de troubles nerveux. Pourtant rien ne prouve que l'hématozoaire de Laveran ne s'évade pas hors de la boue splénique; rien ne prouve aussi que seule la zone génitale actionne le névraxe! D'autre part, on ne doit pas oublier qu'en dehors de ses fonctions hématopoïétique, anti-toxique, etc., la rate, qui subit l'influence du foie, a sa part dans la genèse de la bile; on ne doit pas oublier non plus le rôle de glande à la fois externe et interne de cet appareil utéro-ovarien; partant la physiologie exige, pour permettre ces ablations, de graves motifs.

II

Thérapeutiques locales et agents mécaniques.

A. *Expulsion de parasites.* — (*Suppression des causes.*) — A côté des hardiesses de l'heure présente, dans le domaine des thérapeutiques locales on rencontre nombre de faits plus ou moins anciens. L'ablation des filaires, l'expulsion des tænias, l'emploi d'un *purgatif*, d'un *vomitif* destiné à chasser un parasite ou un corps étranger, la *destruction* des *champignons des teignes*, du favus de l'achorion, du microsporon furfur, de *différents parasites* des kystes hydatiques des glandes de la peau, de certaines cavités, etc., une série de pratiques constituent des médications locales.

B. *Massage.* — Limitées à un muscle, à un nerf, à des gaines tendineuses, à une articulation, à un cal, à un appareil, etc., les différentes modalités des *massages* directs ou indirects, le pétrissage, la percussion, l'effleurage, le sciage, le tapotement, le pincement, le froissement, le foulage, les frictions, etc., permettent de guérir une *névralgie*, une *paralysie*, une *atrophie*, une *arthrite*, comme aussi de faire disparaître des *troubles moteurs*,

des *difformités*, des *œdèmes*, des *stases viscérales*, une *congestion utéro-ovarienne*, une *constipation*, une *dilatation gastrique*, une *affection auriculaire* ou *oculaire*, une *paresse vésicale*, etc.

C. *Compression.* — La compression d'un vaisseau, suivant les conditions, atténue une hémorragie, modifie un *anévrysme*; si elle porte sur un *nerf*, elle influence une sensibilité régionale.

Appliquée tant à l'aide d'un instrument que d'un produit rétractile, d'un gaz stérilisé, soit sur l'abdomen, soit au niveau d'un foyer érysipélateux, inflammatoire, elle ralentit l'*évolution d'un épanchement*, d'un *parasite*, elle *inhibe certaines fonctions*. Néanmoins, même localisées, tout comme l'élongation d'un tronc nerveux, ces pratiques *retentissent sur l'état général*; spécialement, pour peu qu'on l'étende, le *massage* accroît l'urée et, en facilitant la résorption d'un œdème, change l'osmose, la pression, la diurèse, etc. — Il est clair que les moyens mécaniques, dont disposent les thérapeutiques locales, ne se bornent pas à ceux que volontairement nous nous contentons de rappeler.

III

Thérapeutiques locales et agents physiques.

A. *Le froid.* — B. *La chaleur.* — Les thérapeutiques locales usent du *froid* et du *chaud*; parfois elles font alterner ces deux éléments. — Le chlorure de méthyle soulage une foule de *sciatiques*, insensibilise partiellement tel tissu; la glace combat des *hyperémies*, de préférence passives.

La *chaleur* facilite la *résolution* de nombreuses *inflammations légères*; dans une zone restreinte elle fait augmenter l'*activité des leucocytes*, d'ailleurs plus mobiles, plus énergiques sur la platine chauffante à 38 ou 38,5 qu'à 37. Aubert a même tenté d'opposer au développement du *bubon* chancreux des influences thermiques. A cet égard, il importe de se souvenir que pour lui conférer des propriétés vaccinantes, il suffit de porter la bactéridie à 42°. Si pour détruire complètement les germes habituellement il est nécessaire d'atteindre des degrés élevés ou de descendre fort loin au-dessous de zéro, il est infiniment plus commode de leur faire subir des atténuations déjà fort utiles à l'économie, qui au fond n'exige pas la mort des bactéries, mais simplement leur mise hors de combat.

D'un autre côté fréquemment la femme supporte des *injections vaginales* marquent 47 à 49°. Dès lors, on comprend l'utilité de l'*air chaud* employé dans la cure des lésions portant sur la muqueuse du nez, du pharynx, etc., comme dans celle d'une série de foyers morbides.

A la vérité, l'action de la chaleur se révèle d'autant plus efficace qu'elle est plus aidée par d'autres facteurs. Dans l'espèce, à l'intérieur du bubon les attributs microbicides du pus, l'insuffisance alimentaire, etc., prêtent au calorique un indéniable concours. — Ajoutons que, même distribuées sur un petit territoire, grâce aux réflexes, les *douches* froides ou chaudes voient leur influence se généraliser. D'autre part, nul n'ignore les effets favorables d'une minime fièvre sur l'ensemble de l'organisme, thérapeutique tout autre que celle qui nous occupe.

C. *Les rayons lumineux. Radiations.* — En dehors de certaines radiations, la *localisation de la lumière*, à titre d'agent curateur, est également plutôt rare. La genèse de certains

érythèmes, spécialement du *coup de soleil*, nous fait cependant concevoir la possibilité d'*interventions restreintes*. Les bienfaits qu'on retire de l'emploi des *rayons* X dans le traitement de diverses affections de faible étendue, principalement dans la cure des *tumeurs*, proclament hautement l'utilité des différentes radiations du spectre. C'est à l'opposé de l'infra-rouge, loin de la partie calorique, que se trouvent les importantes vibrations; elles appartiennent à la *zone chimique* ultra-violette, à cette zone d'où procèdent les rayons aptes à agir sur les plaques photographiques, à décharger les corps électrisés négativement, à rendre des gaz bons conducteurs. On connaît la *pathologie de la nuit*, la crise d'asthme, l'attaque de goutte, certains accès attribuables à l'insuffisance des oxydations. Nul n'ignore, en effet, que *dans l'obscurité* l'oxygène est consommé en plus faible quantité, l'acide carbonique est exhalé en minime proportion. Il n'est pas douteux qu'à l'état normal la *lumière* exerce sur nos cellules une sorte d'*excitation*; par contre, elle *atténue* ou *détruit* avec énergie des *bactéries* exposées à sa clarté. Ajoutons qu'elle modifie les *humeurs*, qu'elle change leur toxicité.

Sans doute, cet agent intervient à titre d'élément de cure générale. Il n'en est pas moins vrai qu'il est permis de concevoir la possibilité de réaliser à ses dépens, et de plus en plus aisément, d'étroites localisations. Déjà, en actionnant la *rate* par des rayons X, on a amélioré des *leucémies*. Or, avec Spiethoff, en usant de l'éosine, de la fluorescéine, on facilite la *pénétration* de ces radiations de l'ultra-violet; partant, si on parvient à les introduire dans tel ou tel viscère, on pourra traiter en quelque sorte localement les tares de chacun d'eux.

C. *Electricité*. — Il est également possible de faire agir sur un espace restreint le *courant électrique*; mais, le plus souvent, ce courant n'intervient point par lui-même; il engendre de la *chaleur* ou, par *électrolyse*, des corps quelque peu *antiseptiques*; il est apte à provoquer une hyperémie de variable intensité, parfois génératrice d'une révulsion plus ou moins marquée. Dans l'amélioration de diverses affections circonscrites, telles que des *atrophies* musculaires, des *paralysies*, des *névralgies*, etc., son rôle est cependant indéniable. — L'avenir dira quelles relations existent, dans l'économie aussi bien qu'au dehors, entre ce fluide et d'autres radiations ou vibrations, qui, à vrai dire, intéressent surtout la thérapeutique générale.

IV

Thérapeutiques locales et modifications régionales des tissus.

A. *Révulsion*. — Qu'on la réalise par des agents physiques ou chimiques, par des ventouses, des sinapismes, de l'iode, etc., aussi bien que par des êtres vivants, la *révulsion* appartient aux thérapeutiques locales. Comme je l'ai prouvé, en usant de pointes de feu, il est possible de diriger, sur des régions déterminées, des microbes introduits par la circulation générale. Si on a coupé les poils du membre postérieur droit d'un lapin et couvert ce membre des pointes de feu, après injection intra-veineuse de 1 centimètre cube d'une culture du bacille pyocyanique, on constate que les tissus homologues de la patte gauche sont plus pauvres en germes. Toutefois, dans des conditions spéciales, *il ne faut pas dépasser la mesure*. Répétez, par exemple, cette inoculation intra-veineuse et appliquez ces mêmes pointes de feu à la région dorso-lombaire droite; vous reconnaîtrez qu'à ce niveau

al paroi est plus riche en bacilles ; vous avez réussi à exonérer le rein. Mais, si vous avez trop abondamment ou trop profondément distribué ces pointes de feu, les lois de Pflüger veulent que, par voie réflexe, la révulsion se fasse sentir jusqu'au tissu rénal. Dans ce parenchyme dont les capillaires sont dilatés, plus de sang passe avec plus de lenteur, par suite plus de bacilles circulent dans des conditions plus favorables à la greffe et, loin d'être pauvre en germes, ce viscère est relativement plus riche.

Du reste, spécialement au niveau du genou, il suffit de revêtir la peau de couches successives de teinture d'iode, pour reconnaître que, dans les divers plans superposés, on décèle une incontestable *leucocytose*. En outre, sous cette influence, l'*œdème* est fatal ; partant aux *phagocytes* s'ajoutent les sérosités dont les attributs *germicides* ne sont plus contestés. Ainsi, tout en influençant les échanges, la pression, la température, etc., localement la révulsion met en jeu des facteurs variés et puissants, dont l'efficacité apparaît, quand on réalise des stases, des hyperémies passives ou même des lésions plus complexes telles que des abcès par fixation.

B. *La sclérose*. — En médecine, l'intervention des contraires n'est pas chose inouïe. Or, précisément en matière de thérapeutique locale, à ces territoires d'œdème il est permis d'opposer des zones de sclérose. Nul n'ignore, en effet, que dans ces zones les réactions sont médiocres, les processus plutôt torpides, si bien qu'on a vacciné des animaux en inoculant certains virus à l'extrémité de la queue, extrémité avant tout constituée par du tissu fibreux. Impuissant à allumer un incendie dans un territoire aussi pauvre en éléments combustibles, en leucocytes, même en cellules fixes, en terminaisons nerveuses, en capillaires, etc., à ce niveau tel de ces virus se borne à provoquer une affection ébauchée qui, non sans avoir fréquemment déterminé un certain degré d'immunité, s'éteint sur place. D'un autre côté, en provoquant, comme l'a fait Lannelongue, autour d'un foyer morbide de nature, par exemple, tuberculeuse, on circonscrit ce foyer ; on l'entoure, pour ainsi dire, d'une muraille difficile à franchir, surtout si le virus est très atténué ; on le séquestre de l'ensemble de l'organisme. D'ailleurs, chacun sait que, chez les sujets âgés atteints d'arthritisme, de lenteur des échanges, etc., communément le mal évolue vers la sclérose. Or, c'est assez ordinairement, du moins dans des économies caractérisées par un tel métabolisme, le cas de la bacillose ; dans ces conditions, elle donne parfois naissance à un processus fibreux et réalise la granulation sèche, le type de Bayle. D'aucuns considèrent cette forme comme une modalité curative ; malheureusement, si cette sclérose supprime les suppurations, les fontes tissulaires, partant les accidents dus à la résorption d'une série de principes putrides, souvent elle ne réussit qu'à prolonger l'affection ; elle n'opère pas une véritable guérison.

C. *Stases. Hyperémies. Œdèmes*. — Le plus souvent, pour agir sur des légions circonscrites, sur des furoncles, des abcès, des arthrites, etc., on a recours à des modifications en quelque sorte plus humides, à des stases, à des hyperémies, à des œdèmes.

D'après Bier, les instruments nécessaires à l'application de l'hyperémie passive sont fort simples. Ils consistent, d'une part, en appareils de succion ou d'aspiration, tels que cloches en verre de dimensions variables, analogues à celles des ventouses, servant à obtenir le vide à l'aide d'une poire ou d'une seringue ; d'autre part, ils comportent des bandes ou tubes de caoutchouc, utilisés pour pratiquer la ligature des membres. Lorsque le foyer inflammatoire ne présente pas encore de collection purulente, il est inutile de

faire la moindre ouverture ; quand, au contraire, la suppuration existe, il suffit de pratiquer de très petites incisions, souvent de simples piqûres : la méthode a un caractère conservateur. Ajoutons que dans les cas de furoncles avec bourbillon de tissus nécrosés, si c'est possible, il est bon d'extraire ce bourbillon. L'appareil est laissé en place pendant cinq minutes; la circulation doit être supprimée dans la partie traitée, puis durant un instant, on suspend l'application et l'on recommence la même manœuvre, dont en général la durée totale n'excède pas trois quarts d'heure. Les malades accusent de suite un grand soulagement. Pour un furoncle, par exemple, en général, au bout de six jours tout est terminé ; utilisée dans 7 cas d'anthrax, la méthode a chaque fois réussi.

Lorsqu'on applique la ligature élastique au niveau de l'aisselle, afin d'éviter une eschare possible, il est bon d'intercaler, entre la peau et le tube, une garniture de feutre et d'envelopper ce lien d'une couche d'ouate.

Contrairement à ce qu'on pourrait craindre *à priori*, l'hyperémie passive ne favorise aucunement la nécrose que l'on observe souvent dans les cas de panaris. Cette méthode peut être également appliquée à certaines affections siégeant à la tête ou à la face, telles que mastoïdites, dacryocystites, etc. Bier l'a employée dans 18 cas de mastite : la durée moyenne de ces interventions a atteint trois semaines; dans le traitement de 120 furoncles, cette moyenne n'a pas dépassé huit jours; des inflammations de la région mastoïdienne et même du sac lacrymal ont paru justiciables de ce procédé.

V

Thérapeutiques et modifications locales des toxines et des microbes sous l'influence d'un changement organique ou d'une antitoxine.

Destruction locale des toxines pratiques anciennes. — Si on se donne la peine d'analyser certaines méthodes plus ou moins anciennes, on découvre des manières de faire analogues.

Bien souvent, en effet, par des pratiques locales on a jadis tenté de s'opposer à la pénétration de divers principes nuisibles. Or, au cours d'expériences poursuivies en vue d'étudier la diversité des résultats obtenus en variant les modes de pénétration des toxines, nous avons été amenés à voir combien, à quelques égards, étaient justifiées certaines de ces anciennes pratiques. C'est ainsi, par exemple, que depuis longtemps, dans le cas de piqûre ou de morsure venimeuses ou virulentes, on a conseillé de poser, au-dessus des points piqués ou mordus, des ligatures plus ou moins serrées. Or, dans ces conditions, nous avons reconnu que si, dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres postérieurs on injecte de la toxine diphtérique, on constate, en plaçant au pli de l'aine, à l'instant même de cette injection, un lien élastique fortement tendu pendant trois ou cinq heures, une diminution de l'action nocive du virus, fréquemment assez marquée pour assurer la survie.

Il est clair qu'on est porté à incriminer tant un trouble circulatoire dû à la constriction qu'une lenteur de pénétration du principe actif réduit à s'introduire peu à peu, en se glissant pour ainsi dire sous ce lien. Toutefois, des expériences de contrôle montrent que si,

pour une part, cette survie est attribuable à de telles causes, néanmoins ces explications ne sauraient suffire. En effet, soit qu'on injecte cette toxine dans une patte dont on vient de lever la ligature installée 3 ou 5 heures auparavant, soit qu'on s'ingénie à faire durer cette injection ce même espace de temps, la diminution de la toxicité est loin d'être aussi prononcée que dans le cas où, immédiatement avant la pénétration du virus, on établit cette ligature qu'on maintient durant ce nombre d'heures. Il s'agit, en somme, de modifications imposées aux poisons morbifiques; suivant les organes et les tissus ces modifications se produisent avec des intensités variables, mais, en réalité, partout où il y a des cellules, surtout des leucocytes, elles se poursuivent plus ou moins énergiquement. Quand il s'agit de germes vivants, avec Hamburger, on doit tenir compte de l'action des humeurs bactéricides, de l'influence de l'acide carbonique, etc.

A notre suite, en réalisant quelques modifications, Rehns a opéré sur l'oreille, région que nous avions tout d'abord abandonnée en raison du manque d'épaisseur du tissu cellulaire. D'ailleurs, nous avons nous-mêmes repris ces recherches en les faisant porter sur le pavillon auriculaire du lapin. Pour agir plus nettement, on doit, en premier lieu, fixer la dose de toxine diphtérique qui, injectée sous la peau des différentes régions aussi bien qu'au niveau de cette oreille, sans varier et sans occasionner ni nécrose ni œdème, tue en 3 ou 4 jours. Dans le but de séquestrer temporairement l'organe, on enfonce profondément dans ce pavillon un bouchon de liège portant une rainure circulaire tracée à la lime. Sur cette rainure sentie à travers la paroi on tend un drain élastique faisant deux ou trois circuits et on l'arrête à l'aide d'une pince à forcipressure. Grâce à ce drain, un poison foudroyant, tel que la strychnine, pendant deux heures et plus reste dans le segment isolé sans déterminer aucun symptôme : lâche-t-on la ligature, l'effet est immédiat. D'un autre côté, si la durée de la constriction n'excède pas ces deux heures, par elle-même cette ligature n'entraîne aucun trouble persistant de la circulation locale.

Dans ces conditions, au niveau de cette oreille séquestrée, on injecte une dose mortelle de toxine diphthérique, 1/4, au plus 1/2 centimètre cube. A la suite de plusieurs essais, on reconnaît que pour éviter, après la suppression du lien, tout effet général, il est nécessaire de le maintenir en place au moins deux heures. — Durant les jours qui suivent l'animal ne maigrit pas et, en dehors de quelques modifications régionales, n'offre aucun désordre nettement appréciable.

Dès le lendemain, l'oreille commence à enfler; l'œdème peut devenir énorme; puis, fréquemment l'organe revient à son état normal. A la vérité, ces phénomènes locaux varient avec les doses, les qualités des toxines et même avec les animaux utilisés. Tels bacilles engendrent des principes nécrosants à peine marqués dans les cultures de quelques autres. L'œdème est aussi variable, mais son liquide, difficile à recueillir, est peu toxique.

Sans déterminer d'accidents généraux, on parvient à fixer, dans le tissu auriculaire, deux et parfois trois doses mortelles. Néanmoins, d'après Rehns, la répétition de ces injections, avec ligature, entraîne constamment les mêmes effets. On ne voit pas ordinairement se développer ces accroissements de résistance locale que j'ai signalés; on ne constate pas davantage l'hypersensibilisation de l'organe qui réagit, une sorte d'anaphylaxie. Toutefois, il n'en est pas de même de l'ensemble de l'économie : à la suite de quatre opérations de ce genre, un lapin inoculé, après un intervalle de cinq à six semai-

nes, supporta jusqu'à 25 doses mortelles introduites sous la peau en une seule injection.

Remarquons que ces expériences mettent en lumière quelques-unes des influences réactionnelles réciproques des actions locales et générales. C'est dans ce foyer limité que s'épuise la toxicité, la vertu morbifique du produit pathogène; c'est également dans ce petit territoire que s'élabore le principe d'immunisation : ce qui se passe dans cette zone est plein d'enseignements.

Certes, quand il s'agit d'éléments vivants, de microbes, on admet aisément que dans ce point, tant par les phagocytes que grâce aux propriétés germicides des humeurs, ces microbes sont anéantis. Mais, ici nous sommes en présence d'un principe soluble et dès lors on est autorisé à interpréter, à titre salutaire, tel effort, telle réaction plus ou moins restreinte aboutissant à une crise générale, par exemple, à l'accès de goutte. On voit ainsi que, parfois, le salut de l'économie, la restauration humorale, le retour à l'intégrité dépendent de processus cantonnés dans une sphère assez restreinte. A ce niveau, la matière peccante, dans l'espèce une toxine, est détruite, tout au moins modifiée, transformée; par surcroît, une substance utile, vaccinante, se développe. Il apparaît manifestement que, pour une telle besogne, ni le foie, ni la rate, ni la moelle osseuse ne sont indispensables; les cellules du tissu conjonctif, les éléments mobiles ou mobilisables suffisent à la peine, en particulier à la genèse de l'anticorps. Peut-être, dans le membre inférieur, la prédominance de ces éléments, relativement à ce qu'ils sont dans les diverses couches du pavillon auriculaire, contribue-t-elle à expliquer pourquoi, quand au cours de ces recherches on s'adresse à ce membre inférieur dont la constitution permet une plus vive réaction, l'expérience réussit mieux. Quoi qu'il en soit, une fois de plus se trouve justifiée la proposition avancée par moi il y a dix-huit ans : *la lésion locale vaccine.*

B. *Action curatrice locale de l'énervation.* Peut-être, à certains égards, convient-il de rapprocher des faits que nous venons d'invoquer tel procédé de thérapeutique locale consistant à sectionner le nerf d'une région déterminée.

On sait que les virus tétanique et rabique cheminent en suivant les cordons nerveux. Or, avant la complète démonstration de cette donnée, des chirurgiens tels que Gayet, Létiévant, etc., ont songé à couper ceux de ces cordons qui se trouvaient en rapport avec la zone contaminée, pratique dangereuse ne pouvant être utilisée que pour de maigres filets, dans des cas très spéciaux. Nul, en effet, n'ignore que, dans un territoire privé d'influx nerveux, nombre de modifications surviennent; des troubles trophiques ou circulatoires se développent; on voit, en particulier, apparaître un œdème plus ou moins accentué.

Nous inspirant de ces notions, nous avons injecté dans la sphère du sciatique droit de deux lapins, l'un normal, l'autre ayant subi la résection des nerfs de ce côté droit, une même quantité, 1 centimètre 1/4, de la même toxine tétanique. Dans ces conditions, habituellement trois jours après, chez le sujet sain, les contractures tétaniques de cette patte inoculée sont en plein développement et les accidents se généralisent; chez l'autre lapin, tantôt la maladie ne semble pas vouloir évoluer, tantôt cette évolution est très retardée.

C. *Action locale d'une antitoxine.* Dans d'autres circonstances, on fait agir une antitoxine localement, sur un seul appareil. Des lois plus ou moins analogues règlent, au sein de l'organisme, la distribution des substances toxiques ou inoffensives. Selon l'organe tou-

ché et ses réactions anatomo-pathologiques ou fonctionnelles plus ou moins nettes, à divers degrés l'observateur est renseigné sur cette distribution. Si même il s'agit de matières colorantes ou facilement colorables, ces renseignements sont rapides et complets; l'œil perçoit immédiatement la répartition de ces matières dans les tissus; on sait, entre les mains d'Ehrlich, quels précieux résultats a donnés cette méthode. Quant aux toxines, leur localisation s'explique également par de variables affinités, dont la raison chimique, comme tendent à l'établir les travaux de Preston Kyes sur la lécithine et les venins, ne nous échappe pas totalement. Il advient même que cette affinité se révèle à ce point élective que, parfois, un seul ordre de tissu est touché.

Assurément, en général, la toxine diphthérique atteint toutes sortes de cellules. Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané du cobaye, elle détermine inflammation et nécrose. Sous la peau du lapin et dans ces conditions, elle agit un peu différemment; néanmoins, nous avons vu que, par un artifice, on l'oblige à se fixer dans ce derme, à épuiser là sa nocivité.

Pour le tétanos et le système nerveux, il en est autrement; l'affinité spéciale à l'égard de ce névraxe est telle qu'à l'exclusion de tout autre cet appareil est impressionné. Aussi, une intervention limitée à la partie intéressée est-elle susceptible d'influencer l'évolution du virus.

Quand le mal succède à une plaie des extrémités, avec Morax, Marie, avec Ullmann, Meyer, etc., nous savons que des notions solidement établies autorisent à admettre que le principe nuisible se propage de la périphérie au centre, un partie du moins, par la voie des troncs nerveux. Dès lors, il paraît possible d'arrêter en quelque sorte le passage du virus en pratiquant sur lesdits troncs nerveux des injections d'antitoxine : Küster relate un fait qui plaide en faveur de ce moyen de traitement.

Un homme de trente-sept ans, employé dans un laboratoire bactériologique, se blessa avec un flacon contenant une culture de tétanos qui se répandit sur la plaie : on fit immédiatement, au voisinage de cette plaie, une injection sous-cutanée d'antitoxine. Durant six jours, il ne se produisit aucune manifestation morbide; mais, le septième, survinrent de la rigidité et de la contracture des muscles du bras : une nouvelle injection fut pratiquée. Les symptômes continuant à augmenter d'intensité, Küster, à l'aide d'une incision dans la région axillaire, isola des nerfs du plexus brachial et introduisit de l'antitoxine tétanique dans les troncs nerveux; puis, au moyen d'une deuxième incision faite dans la zone sus-claviculaire, il traita, de la même manière, divers autres troncs du plexus cervical.

Dès le lendemain matin, la contracture avait sensiblement diminué; à onze heures, elle avait complètement disparu. Il est vrai qu'à la suite de cette intervention des douleurs probablement provoquées par un myosite, ainsi qu'un léger œdème, persistèrent pendant plusieurs mois. Toutefois, les réactions musculaires aux courants électriques se montrèrent entièrement normales.

D. *Localisation des microbes et thérapeutiques locales.* Il importe de ne pas oublier que, si les produits solubles se localisent, à fortiori et fréquemment pour les éléments figurés vivants, cette localisation existe. Nul n'ignore, en particulier, que le bacille de Löffler séjourne communément dans le pharynx, que le streptocoque fonctionne dans l'utérus. Sur les muqueuses, dans certaines cavités, grâce à des interventions limitées, on peut les atteindre.

On sait aussi que, dans les plaies, les virus rabique ou tétanique sont susceptibles de séjourner durant des semaines; pour une part, les longues incubations sont en rapport avec ces états latents.

VI

Thérapeutiques locales et propriétés des produits utilisés.

A. *Avantages des corps insolubles par les thérapeutiques locales.* — Pour agir sur des surfaces ou dans certains foyers, dans des articulations, des abcès, des collections séreuses, etc., la vraie thérapeutique locale exige des corps assurément antiseptiques, mais aussi insolubles. Tout principe soluble a tendance à diffuser, partant à quitter le point où il doit agir. Faites ingérer du sublimé: il abandonnera le tube digestif, quitte à y revenir par voie d'élimination au niveau du cæcum; par contre, des substances pratiquement insolubles, telles que le naphtol, chemineront d'un bout à l'autre, toucheront à tous les étages et par surcroît n'iront pas dans les viscères où elles n'ont que faire, si ce n'est le plus communément du mal.

Si d'autres considérations n'intervenaient pas, c'est à l'aide de corps insolubles que devraient se poursuivre les thérapeutiques locales. Heureusement, l'expérimentation va nous apprendre que des composés solubles, en s'incorporant, en se soudant aux cellules, tendent à ne pas quitter la zone malade.

B. *Antiseptiques et aseptiques locaux.* — Ajoutons que parfois, en particulier quand l'infection est minime ou les tissus peu vivaces, un principe aseptique est préférable. Par exemple, au niveau d'un ulcère variqueux, fréquemment l'antiseptique nuit aux cellules et retarde la cicatrisation.

On ne doit jamais perdre de vue cette action du produit utilisé sur les éléments anatomiques. A cet égard, je ne sais rien de plus instructif que l'histoire de la stomatite mercurielle. En s'éliminant par les glandules de la muqueuse buccale, le mercure met à mal cette membrane, si bien qu'en dépit de cet antiseptique fameux, les microbes buccaux ont beau jeu. Les gencives sont imprégnées de ce corps; néanmoins, les parasites évoluent et confèrent à l'affection sa gravité jusqu'au moment où une thérapeutique locale intervient.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 mai 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

M. Chevalier revient sur la question du *mal de mer;* cette affection affecte tantôt la forme dyspeptique, avec ptyalisme, vomissement, constipation, ralentissement de la nutrition, tantôt la forme nerveuse, avec absence de troubles dyspeptiques, sauf parfois une diarrhée incoercible. Tous les troubles observés sont d'ailleurs de nature réflexe, et proviennent de l'influence des centres nerveux, excités par une série de réactions (modification de la pesanteur, de l'équilibre, mauvaise odeur, etc.). Le splanchnique, le phrénique, le pneumogastrique sont excités et le système nerveux réagit par des troubles morbides variables.

Il n'est donc pas possible de faire une thérapeutique identique pour tous les cas : toutes les panacées jusqu'ici recommandées ont réussi et échoué. Il y a peut-être lieu d'excepter l'acide protocétrarique, tiré du lichen d'Islande, qui exerce une action antiémétique et excite les mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin : cette action est antagoniste des réactions consécutives à l'irritation des centres nerveux. En outre, le sympathique subit, du fait de ce médicament, une excitation qui accélère en dernier ressort les battements cardiaques.

M. Le Gendre estime que le mal de mer présente des symptômes fort analogues à ceux du nicotinisme aigu. On observe les mêmes spasmes vasculaires périphériques, la même anémie cérébrale.

Au point de vue thérapeutique, la question n'a pas beaucoup progressé, et l'action antiémétique de l'acide protocétrarique ne pourrait sans doute rendre de grands services à ceux qui n'ont que des vertiges sans trace de nausées : or ce sont souvent les plus malades.

On ne saurait admettre, d'un autre côté, que l'auto-suggestion joue un grand rôle, car les nerveux très suggestibles restent souvent indemnes, et l'on voit des sujets à système nerveux bien équilibré souffrir gravement.

M. Barbier rappelle que beaucoup de personnes, souvent saines d'ailleurs, présentent des vertiges spéciaux : les uns ne peuvent suivre une grille sans être atteints de troubles de ce genre, d'autres ne peuvent voyager à reculons en chemin de fer, etc. Le vertige, dans le mal de mer, est l'accident primitif, les autres sont accessoires. Il est possible que chez les voyageurs faisant souvent des traversées l'auto-suggestion entre en ligne de compte.

M. M. Faure dépose un travail concernant l'*éducation de la fonction respiratoire chez l'enfant et l'adolescent.* Cette éducatien est possible et utile, car de nombreux sujets respirent mal : si tout l'appareil est en bon état, des exercices très simples suffisent à le corriger; ceux-ci sont à la portée de tous les médecins, à condition qu'ils se soumettent eux-mêmes à un entraînement technique préalable. En quelques mois, on peut augmenter d'un tiers environ, même doubler la quantité d'air utilisée, par un sujet donné; il est indispensable que l'enfant soit exercé en plein air et,

autant que possible, soumis, pendant la cure, à la vie à la campagne. Les exercices en air confiné ne sont autorisés que s'il existe une très large aération dans le local. De même qu'on ne doit pas faire de suralimentation avec des aliments avariés, on ne doit pas faire faire d'exercices respiratoires dans un air chargé de principes toxiques.

Si le sujet n'a que des lésions de l'hématose avec intégrité de l'appareil neuro-moteur et du squelette, les exercices respiratoires peuvent avoir pour objet la guérison de ces lésions ; dans ce cas, ils ne seront institués que par le médecin lui-même (affection du poumon, du cœur, etc., états généraux, tels que chlorose, anémie, etc.).

Si le système neuro-moteur est lésé, on ne fera plus exécuter des mouvements volontaires, comme dans le cas précédent, mais bien des mouvements passifs, avec ou sans résistance, exigeant l'emploi d'appareils spéciaux.

Les résultats sont alors beaucoup plus lents à obtenir, alors que, dans le premier cas, des exercices très simples ont souvent des effets rapides et considérables.

M. E. Albert-Weil et M. Mougeot (de Royat) ont étudié chez des mitraux hyposystoliques l'*action du bain hydro-électrique à courant sinusoïdal*. Ils ont trouvé une augmentation constante et très notable de la pression artérielle, action diamétralement opposée à celle du bain à courants triphasés, mais pas de modifications nettes ni constantes de la pression capillaire. De l'examen de leurs tracés sphygmographiques et de leurs mensurations de l'aire cardiaque par la radioscopie orthodiagraphique, ils pensent que l'augmentation de pression artérielle est surtout due à une vaso-constriction périphérique. Donc, le bain sinusoïdal d'un emploi logique et rationnel dans les hypotensions *sine materia*, ou sans lésions cardiaques, devra être surveillé dans les affections organiques du cœur (possibilité de dilatation).

M. Petit donne lecture d'un travail concernant les *effets des injections rectales de sérum de Marmorek dans la tuberculose*. Cette méthode, appliquée avec une régularité scrupuleuse par le médecin ou des aides directs, permet de traiter les malades sans les forcer à interrompre leurs occupations ou à changer leur genre de vie. On injecte tous les deux jours, après lavement simple préalable, 0,05 gr. de sérum par la voie rectale : au bout de quelques injections, on accorde au malade un repos de six à huit jours.

Sur 27 malades, 17 ont été très améliorés et 5 ne présentent plus de signes pathologiques : 5 sont morts. Tous ces sujets étaient arrivés à la troisième période.

Au cours du traitement, c'est la dyspnée qui cède la première, en général vers la cinquième injection ; puis vient une diminution des crachats, enfin une modification des signes physiques. L'état général ne s'améliore pas.

Les hémoptysies ne constituent pas une contre-indication : on ne trouve jamais de réaction pyrétique ou autre.

La méthode semble spécifique et curative : en tout cas, elle n'offre aucun danger.

M. Le Gendre estime qu'on ne peut accorder à des travaux de ce genre une autre valeur qu'une valeur documentaire : les malades considérés comme guéris, ou en état de rémission, ne le sont que depuis trois ou quatre mois : or, pour qui connaît la tuberculose, avec ses améliorations spontanées, ses récidives inattendues et toujours possibles, de tels résultats ne sauraient constituer des démonstrations de l'efficacité de cette méthode.

M. Barbier s'associe à ces réserves : l'exemple de la tuberculine de Koch et de nombre, d'autres médications qui ont donné au début d'excellents résultats et ont été plus tard abandonnées doit rendre le praticien prudent dans ce domaine.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement prophylactique de la goutte, par GUTHRIE RANKIN, (*The Practitioner*, mai 1906). — Bien que tout sujet prédisposé à la goutte par l'hérédité échappe difficilement aux conséquences de cette hérédité, il peut néanmoins jouir d'une santé relativement bonne en se conformant à un régime et à une hygiène appropriés. En ce qui concerne l'alimentation, ceux qui sont prédisposés à la goutte doivent se restreindre comme quantité et choisir des aliments très digestibles. La viande ne doit être permise qu'une fois par jour, la mastication doit être complète, la viande de mouton est peut-être préférable parce qu'elle se dissocie plus facilement sous l'action du suc gastrique. Le poisson, le poulet et le gibier se digèrent probablement mieux que les viandes rouges. Le régime carné doit surtout être restreint dans les cas où la fonction éliminatrice des reins est imparfaite. Parmi les végétaux, on évitera la rhubarbe et les tomates à cause de la présence des oxalates. Les légumes verts sont préférables à ceux qui poussent sous terre. Quelques sujets goutteux, surtout ceux qui sont atteints d'hyperchlorhydrie, digèrent mal les amylacés; il n'y a aucune raison de proscrire le sucre, sauf dans les cas de glucosurie. Les salaisons, les conserves, les épices, les sauces sont contre-indiquées. Les fruits mûrs ou cuits sont permis. Le sel n'est pas défendu, mais doit seulement être ajouté en quantité raisonnable aux aliments.

Le goutteux fera sans doute beaucoup mieux de s'abstenir d'alcool; mais s'il ne peut renoncer à une habitude, il devra se restreindre le plus possible et ne se permettre les liqueurs qu'au moment des repas. Il faut éviter les vins chargés et les liqueurs maltées. Si le sujet prend du vin, il pourra choisir de préférence les vins de la Moselle coupés d'eau minérale naturelle. L'auteur considère le thé comme plus malfaisant que l'alcool et on ne doit en prendre au plus qu'une fois par jour. Le meilleur liquide pour le repas du matin est le café au lait. Dans la journée, l'eau doit être prise assez largement, une bouteille de Vichy ou de Contrexéville constitue une quantité moyenne. L'exercice est essentiel et doit être régulier, sans être excessif.

La constipation est si fréquente chez les sujets goutteux que son traitement rentre dans les mesures prophylactiques. Un bon moyen de la combattre est de faire prendre, avant de se coucher, une dose convenable de sel de Carlsbad dans de l'eau chaude ; occasionnellement, on prescrira des pilules de 0,06 centigr. de calomel avec 0,25 centigr. de rhubarbe, à prendre tous les huit ou dix jours.

Comme dissolvant de l'aide urique, l'auteur recommande les vieux sels de potasse, puis le colchique, l'iodure de potassium, le chlorure d'ammonium et, suivant la médication, la noix vomique et les amers simples.

L. JUMON.

De l'acide thyminique, par BRETON (*La Presse médicale*, 4 avril 1906). — On sait que les conditions causant une augmentation d'acide urique dans l'urine sont une augmentation dans l'alimentation riche en nucléines ou xanthines, ou une augmentation des leucocythes. L'acide urique, selon les dernières recherches, ne se trouve pas à l'état libre dans le sérum sanguin, mais circule à l'état de combinaison avec une substance organique qui assure sa circulation dans le sérum sanguin : cette substance est l'acide thyminique, poudre soluble dans l'eau, amorphe d'un brun clair, faiblement acide, presque insipide. Cette substance a pour propriété de tenir en solution son poids d'acide urique à 20°, et à 37°, cette propriété est augmentée de 50 p. 100.

On a conclu de ces propriétés que la goutte est due à un défaut d'acide thyminique dans le sérum, et on l'a prescrit à la dose moyenne de 0,75 gr. par jour; l'auteur l'a administré à huit malades sans aucun inconvénient, et a constaté que les quantités d'acide urique et d'urée ont augmenté considérablement : les sujets ont ressenti, à la suite de cette médication, un sentiment spécial de bien-être, une souplesse plus grande des articulations malades, bien que les malades fussent de vrais infirmes.

E. VOGT.

La déchloruration dans le mal de Bright, par M. BOURGET (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 avril 1906). — A propos d'un malade atteint d'albuminurie grave, 30 p. 100 dont le poids tomba de 26 kilos en neuf jours par la perte des liquides, l'auteur expose ses vues sur la déchloruration. Pour lui, la vogue dont jouit actuellement cette méthode est une affaire de mode et les lois de l'osmose n'ont rien à voir dans l'élimination rénale qui débarrasse l'organisme de toutes les substances étrangères, même insolubles et en dehors diffusibilité.

Comment diminuer les œdèmes? Les anciens médecins prescrivaient les sels de potasse et l'on sait que la liqueur d'acétate de potasse est un bon diurétique : ce sel se transforme facilement en carbonate de potasse qui s'élimine comme chlorure de potassium après s'être emparé de la soude dans les œdèmes.

D'après l'auteur, on a exploité un petit fait physiologique d'une façon exagérée et dangereux pour le public, et c'est une erreur de faire croire que le sel est un aliment dangereux. La déchloruration n'a pas ajouté grand'chose à la thérapeutique et M. Bourget a renoncé à s'en servir. Les toniques cardiaques et les purgatifs suffisent parfaitement et donnent d'aussi bons résultats que la déchloruration. Il est d'ailleurs facile de déchlorurer le malade en donnant des pommes de terre sans sel.

L. JUMON.

Empoisonnement par le gaz d'éclairage, par SENECA EGBERT (*Médical Bulletin*, avril 1906). — Dans les cas d'intoxication aiguë, il faut immédiatement porter le patient à l'air pur, pratiquer la respiration artificielle et administrer de l'oxygène, si possible. Ce traitement peut être soutenu par la stimulation du cœur et des poumons, à l'aide de médicaments appropriés ou de l'électricité et par des frictions pratiquées sur les extrémités et la surface du corps. On accélère ainsi la circulation à travers les poumons Le traitement doit être continué jusqu'à ce que le rétablissement du malade soit complet et certain.

Mais les cas d'intoxication aiguë par le gaz d'éclairage ne sont pas les seuls qu'on ait l'occasion d'observer. L'absorption habituelle du gaz peut donner lieu à des symptômes sérieux, et même à des accidents mortels. En général, l'odeur du gaz peut avertir du danger, mais il n'en est pas toujours ainsi, car les gaz odorants peuvent être retenus par le sol tandis que les gaz délétères s'échappent. L'intoxication chronique se traduit surtout par des signes d'une anémie plus ou moins grave, bien que le sang n'ait rien perdu de sa coloration comme dans l'intoxication par l'oxyde de carbone. Le seul traitement à appliquer en dehors des mesures hygiéniques individuelles réside dans la prophylaxie et la suppression de toutes les défectuosités qui permettent au gaz d'adultérer l'atmosphère.

L. JUMON.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement du tétanos (35e *Congrès de la Soc. all. de chirurgie*, 1906.) Plusieurs orateurs, MM. POCKHAMMEN, BORNHAUPT et Zöge von Manteuffel sont unanimes à déclarer que la sérothérapie antitétanique s'est montrée absolument inefficace en Mandchourie. M. Bornhaupt a abandonné toutes ses caisses de sérum comme inutiles. Les blessés traités par les injections sont morts tout comme les autres, un seul a guéri, qui avait été traité par le chloral. M. Riedel (d'Iéna) n'a jamais obtenu de résultat quand le tétanos était déclaré, il ne nie pas pour cela l'influence prophylactique des injections. La majorité approuve finalement l'injection prophylactique, sinon pour toutes les plaies, ce qui serait excessif, du moins pour toutes celles qui sont contaminées par de la terre, celles qui siègent aux pieds et les plaies par armes à feu. M. Koche considère comme une faute d'agir autrement; selon lui, lorsque le tétanos éclate tardivement après l'injection, c'est que le sérum a manifesté son influence atténuante. Pour expliquer les mauvais résultats dans la campagne mandchourienne, on peut faire état de la communication de M. Hecker (de Stettin), qui, ayant fait examiner les bottes des soldats dans plusieurs garnisons de son ressort, a trouvé le bacille

du tétanos dans 18 0/0 des cas. Sa conclusion est que les plaies du soldat sont toujours suspectes et qu'il faut pratiquer en règle des injections prophylactiques de sérum de von Behring, chez tous les blessés, en temps de paix comme en temps de guerre.

A. BENOIT.

Auto-observation d'une fièvre typhoïde traitée par l'alimentation, par PIÉRART (*Journ. des praticiens*, 14 avril 1906). — L'auteur a été soigné au début par l'alimentation même solide et les bains froids : plus tard, on est revenu au régime classique.

Dans la première période, les bains n'amenèrent ni défervescence ni euphorie : l'état général devient mauvais ; on note beaucoup de délires. On se décida alors à abandonner l'alimentation par le lait, les potages, la gelée de viande, la crème et les œufs, pour n'administrer que du lait.

Dès ce moment, on obtint une défervescence avec le bain et une diminution des délires : mais il survient une série de complications (phlébites, congestion pulmonaire, etc.).

Il résulte de ce fait, pour l'auteur, que l'alimentation dans la fièvre typhoïde non seulement ne met pas le malade à l'abri des complications, mais semble même aggraver le cours de l'affection.

E. VOGT.

Remarques sur le traitement du tænia, par KINGSTON FOWLER (*Brit. med. J.*, 14 avril 1906). — La méthode indiquée ne diffère de la méthode ordinaire que par des détails, mais l'auteur la recommande comme lui ayant toujours donné le succès.

Le malade est mis au lit.

Durant deux ou trois jours, parfois quatre, on donne au malade un régime composé d'un litre de bouillon, de jus de viande, de deux biscuits et de 120 grammes de vin de Porto. Pendant ce temps, le patient prend trois tablettes de cascara de 0,10 centigrammes par jour. Le quatrième jour habituellement, il prend le matin une infusion de sené, puis quatre heures plus tard une capsule contenant XV gouttes d'extrait de fougère mâle, puis trois autres capsules à un quart d'heure de distance, chacune et une heure après la dernière une infusion de sené. Si, deux heures plus tard, le ver n'a pas été expulsé avec la tête, on recommence le traitement par les capsules de fougère mâle à quinze minutes d'intervalle, qu'on fait suivre au bout d'une heure d'une tisane purgative. Enfin, on reprend une troisième fois le traitement en cas d'insuccès. Sinon, on laisse un intervalle d'un jour avant de recommencer.

Les principales différences avec le traitement ordinaire consistent dans le repos complet au lit, car il n'est pas prudent que le malade continue ses occupations avec un régime aussi restreint. On recommande de ne pas prendre de nourriture solide à midi. Il faut donner l'huile de fougère le matin à jeun, après que l'intestin a été vidé par une purgation. A cet effet, il est nécessaire de faire suivre un régime ne laissant que peu de résidu solide pendant quelques jours, et, durant cette période, de faire prendre un laxatif, tel que la cascara sagrada, à doses petites et répétées. La durée de la diète dépend des forces du patient.

Enfin, le tænifuge doit être donné, non en une seule fois, mais à doses espacées pour être plus efficace.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT,
Ancien interne des hôpitaux.

Traitement de l'entorse du pied, par FR. WOODBURG (*Médical Bulletin*, avril 1906). — L'entorse du pied peut être simple ou compliquée. Les entorses graves s'accompagnent d'un épanchement de sang, de gonflement et de signes d'arrachement des parties molles. L'arrachement des ligaments peut même entraîner avec lui les petites portions osseuses.

Dans l'entorse légère, on peut rapidement remédier à la douleur, au gonflement et aux troubles fonctionnels en plaçant le membre affecté dans un bassin d'eau chaude pendant une demi-heure à une heure. La température de l'eau doit d'abord être environ de 32°, puis on ajoute peu à peu de l'eau à une température plus élevée, en se guidant sur les sensations du patient; en tout cas, l'eau doit être aussi chaude que le malade peut la supporter. Après avoir retiré le pied du bain chaud, on pratique un massage léger pendant quinze à vingt minutes, puis on enroule une bande de bas en haut de façon à exercer une pression modérée. Le lendemain, si la raideur et le gonflement apparaissent, on frictionne la jointure avec de l'alcool et on fait du massage. S'il y a un peu de synovite les jours suivants, on fait des applications de kaolin.

Dans les entorses graves, le traitement est d'abord le même. Si les tissus sont modérément déchirés, on peut se contenter d'appliquer du diachylon sur les régions affectées. Mais il devient généralement nécessaire de combattre l'inflammation au début par des compresses

d'eau blanche à laquelle on ajoute de l'alcool. Dans la suite, il est nécessaire d'appliquer un bandage silicaté ou de protéger encore la jointure par une chaussure solidement lacée sur les côtés. Le massage pratiqué plusieurs fois par semaine est très utile. Des applications calmantes peuvent être nécessaires au début. Enfin, les entorses qui surviennent chez les tuberculeux, les diabétiques, les rhumatisants et les goutteux demandent des soins particuliers, soit locaux, soit au point de vue de la santé générale.

L. JUMON.

Sur le traitement de la tuberculose osseuse, par SONNENSCHEIN (*C. Wien. med. Presse*, 22 avril 1906). — Jusqu'à présent, l'auteur s'était servi d'une émulsion iodoformée après un grattage préalable. Mais depuis peu, il procède autrement. Avant le traitement il fait d'abord prendre un bain de sublimé, puis il nettoie le mieux possible les fistules avec de l'éther : après quoi il prend un tampon d'ouate qu'il imbibe d'abord d'une solution de nitrate d'argent à 4 p.100, pour augmenter peu à peu le titre de la solution à 10 p.100, et applique ce tampon sur les fistules jusqu'à ce que les trajets fistuleux soient remplis de la solution. Il saupoudre alors d'iodoforme et applique le pansement. En enlevant le pansement, on constate la formation d'une matière dure formée par la solution de nitrate d'argent et l'iodoforme, matière qui s'applique si étroitement sur la plaie qu'on ne peut l'enlever qu'avec difficulté. La solution s'évapore en partie et le résidu forme une masse solide avec la poudre d'iodoforme. Au bout de quelques temps, il n'y a plus du tout de sécrétion. Les plaies se ferment jusqu'à l'orifice de la fistule qui finit par guérir. Le traitement minutieux exige seulement une certaine patience.

L. JUMON.

Adénite cervicale tuberculeuse favorablement traitée par les rayons X, par FERRAND et KROUCHKOLL (*Ann. d'électrob. et de radiologie*, mars 1906). — Observation d'une femme de 31 ans traitée depuis août 1904 jusqu'en février 1905, avec des interruptions, pour une adénite considérable non suppurée : les poumons présentent des signes de tuberculose chronique : le soir, le thermomètre monte à 49°. Après un traitement classique par l'arsenic, le sirop iodo-tannique, etc., on procède à l'application des rayons X : à la cinquième séance apparaît un érythème qui fait interrompre le traitement (1er octobre).

A ce moment, le côté droit a considérablement diminué de volume : l'état général s'est beaucoup amélioré : le poids a augmenté de 5 kilos.

Le 15 novembre, on reprend les séances de 15 en 15 jours : la malade quitte l'hôpital en février 1905. Il ne reste plus des deux côtés de la région cervicale que des saillies insignifiantes : l'état général est bon, la malade a engraissé.

Revue plusieurs fois dans les 4 ou 5 mois qui ont suivi, elle n'a eu aucune récidive.

Les auteurs conseillent l'emploi de tubes durs : on fera des séances de 10 minutes au maximum et on s'arrêtera dès que la pigmentation apparaît.

E. VOGT.

De l'emploi des courants de haute fréquence dans les « noli me tangere », par DOUMER (*Annales d'électrobiologie*, février 1906). — L'auteur donne deux observations dans lesquelles l'application de courants de haute fréquence donnèrent rapidement et sans douleur appréciable un résultat curatif parfait. L'auteur estime du reste qu'avec l'étincelle statique on pourrait arriver de même à faire régresser des tumeurs de ce genre, car les effets chimiques et peut-être thermiques sont les mêmes, et en outre ces courants exagèrent le métabolisme cellulaire d'une façon évidente.

E. VOGT.

Valeur des compresses d'éther dans le traitement des hernies étranglées, par E. CURTI (*Gazzetta d. Ospedalie Cliniche*, n° 3, 1906). — L'auteur n'accorde pas à cette méthode la valeur qu'on lui avait attribuée : l'éther ne serait utile que dans les premières heures après l'étranglement et dans certaines variétés de hernies. Les médecins doivent se méfier de cette méthode qui ne peut, sous aucun rapport, être substituée au traitement chirurgical.

A.-L. PERCIVAL.

Traitement de l'échinocoque hépatique par la méthode de Biondi (*Rendi c. Accademia dei Ipocratici di Siena*, 27. I. 1906). — SANTUCCI croit que toutes les méthodes proposées jusqu'ici pour le traitement de l'échinocoque du foie présentent des dangers sérieux qui n'existeraient pas avec le procédé préconisé par Biondi : laparotomie, accolement du péritoine viscéral au péritoine pariétal, évacuation du kyste et injection d'une solution de fluorure d'argent à 1 p. 100. Cette méthode a toujours donné de très bons résultats et peut être employée en cas de kystes uniloculaires, uniques et multiples, non pédiculés et non suppurés.

La malade opérée par Santucci, il y a un an, se porte toujours très bien ; les éosinophiles sont revenus à la normale ; le foie déborde à peine les fausses côtes, sa palpation n'est pas douloureuse et on ne sent aucune résistance.

A.-L. PERCIVAL.

Sur la valeur de l'omentopexie (*Soc. clin. des hôp. de Bruxelles*, 14 avril 1906). — M. HUART observe depuis cinq ans une malade atteinte d'une affection cardiaque compensée avec foie cirrhotique. La circulation hépatique est supprimée et il ne s'est pas établi de circulation collatérale, d'où la production d'une ascite considérable ayant nécessité déjà quarante-sept ponctions abdominables. Il s'est demandé s'il convient, dans ce cas, de recourir à l'opération de Talma.

M. Depage a pratiqué plusieurs fois cette opération sans avoir obtenu de résultats satisfaisants. Dans un cas cependant, après l'opération, il a établi un tamponnement profond qui a donné naissance à de vastes adhérences cicatricielles. Il en est résulté que les ponctions ont pu être plus espacées dans la suite, environ tous les deux mois, alors qu'on devait, auparavant, les répéter toutes les semaines. M. Nœver a également constaté dans un cas que les ponctions étaient moins fréquentes après l'opération, mais il attribue ce résultat plutôt à l'augmentation de capacité de la cavité abdominale.

L. JUMON.

Les dangers de l'acide phénique, par VEYRASSAT et RYCHNER (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 avril 1906). — On connaît depuis longtemps les dangers de l'acide phénique employé en pansement, cependant les accidents sont toujours fréquents. Mais comme dans le public on se sert de ce désinfectant à tort et à travers, les auteurs ont cru utile de publier leurs observations. Celles-ci ont trait en général à des gangrènes des doigts, consécutives à l'application de compresses phéniquées même avec une solution faible de 2 p. 100. Dans un cas un ulcère variqueux fut très notablement aggravé; dans un autre cas les bains et les applications phéniquées pour un phlegmon de l'avant-bras provoquèrent des sphacèles étendus qui nécessitèrent l'amputation. Les auteurs font remarquer qu'en ce qui concerne ces fâcheuses conséquences le titre de la solution n'a aucune importance, les solutions faibles déterminant les mêmes accidents. En second lieu le pansement humide qui entretient le contact permanent avec la peau est beaucoup plus dangereux que la simple immersion. La compression par les tours de bandes, en favorisant la pénétration du phénol et en gênant la circulation, active encore la production des accidents. La gangrène se produira fatalement toutes fois qu'on appliquera l'acide phénique sur des tissus meurtris, sur des plaies contuses des ulcères et en général sur des points où la circulation est compromise. Panser un doigt avec de l'acide phénique, c'est vouloir l'amputer. L'acide phénique n'a plus d'indication que dans des cas rares, en solution faibles pour irriter les vaginales dans l'opération radicale de l'hydrocèle, pour désinfecter la carie dentaire et pour conserver des instruments à l'abri des germes.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives,

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Influence de la médication alcaline sur les fonctions gastriques, par I. CALABI (*Il Progresso medico*, nos 1-2, 1906). — Les alcalins ont une action assez complexe sur l'estomac ; cette action n'est pas seulement chimique.

D'après les expériences de l'auteur, instituées avec le bicarbonate de soude, le carbonate de chaux, la magnésie calcinée, il y a lieu d'admettre que les alcalins excitent la sécrétion chlorhydropeptique proportionnellement à leur pouvoir de saturation : ils n'ont pas d'influence éloignée sur la sécrétion.

Le bicarbonate de soude seul exerce une action excitomotrice, grâce à l'acide carbonique auquel il donne naissance, et qui provoque les contractions de l'estomac en le dilatant. Ce même dégagement d'acide carbonique produit une véritable action anesthésique.

Les alcalins influencent à la fois le csmehimi et les fonctions motrices ete susitiəs ɿʌə ll,-tomac, ils diminuent l'hyperesthésie de ase muqueuse et favorisent l'évacuation gastrique en supprimant les douleurs tardives, qu'on rencontre dans l'hyperchlorhydrie ainsi que dans l'hypochlorhydrie et dans le cancer.

Les douleurs précoces dues à l'atonie ne sont pas influencées par les alcalins.

Si le traitement par les alcalins, rationnellement prescrits, ne donne pas de résultats, on a à faire à une insuffisance stomacale (sténose pylorique ; dilatation gastrique très marquée) qui demande la gastroentérostomie.

A.-L. PERCIVAL.

Le traitement des dyspepsies aux eaux minérales, par BURNEY YEO (*The Practitioner*, mai 1906). — La classification habituelle des eaux minérales n'est pas d'un grand secours pour préciser les indications de leur emploi. En considérant l'application des diverses sources au traitement des troubles gastriques, c'est d'abord la température qui joue un rôle essentiel dans l'appropriation des différentes eaux aux cas particuliers.

Il est bien établi que les eaux froides sont les plus stimulantes pour la sécrétion gastrique, les eaux chaudes le sont moins. Les eaux thermales ont la propriété de calmer les troubles nerveux et spasmodiques de l'appareil digestif et sont par conséquent indiquées dans les affections névralgiques de l'estomac et de l'intestin. Les eaux chaudes doivent être préférées aux froides dans les cas d'hyperacidité, de gastralgie, de spasme, d'hyperesthésie et dans les cas de spasme pylorique et de vomissement nerveux. Les sources froides conviennent mieux aux affections accompagnées de sécrétion insuffisante. Il est prudent, cependant, d'éviter les sources froides au début du traitement lorsque l'action cardiaque est faible. Les sources chaudes naturelles agissent beaucoup mieux que les eaux froides artificiellement chauffées dans les cas où l'on veut produire une sédation du système nerveux.

Dans le choix d'une station pour les dyspeptiques, les eaux alcalines tiennent le premier rang: Vichy et Vals, Neuenahr, Bilin sont les principaux exemples de cette classe d'eaux alcalines. Certaines de ces eaux sont très fortement chargées en acide carbonique libre qui a l'avantage de stimuler la sécrétion gastrique, d'augmenter l'appétit, de provoquer l'action péristaltique et de calmer l'irritation. Ces eaux (Vals, Apollinaris, Neuenahr) sont spécialement indiquées dans les cas de dyspepsie atonique et nerveuse, mais il faut les éviter dans l'hyperacidité.

Quant aux effets du bicarbonate de soude, l'auteur ne croit nullement à la cachexie alcaline. Les eaux alcalines chaudes ou les solutions chaudes de bicarbonate de soude ont la propriété de dissoudre le mucus, et sont indiquées dans le catarrhe gastrique chronique. Le bicarbonate de soude est un excitant de la sécrétion gastrique, mais on doit le prescrire à plus petites doses dans l'hypochlorhydrie que dans l'hyperchlorhydrie.

En dirigeant un malade sur Vichy ou sur une autre station, il est très important d'abord de distinguer entre les cas de dyspepsie primitive et de dyspepsie secondaire. Si la dyspepsie dépend d'une affection organique de l'estomac ou d'une lésion sérieuse d'un autre organe, il ne sera guère utile de l'envoyer dans une station boire de l'eau, sauf si l'on ne tient qu'à une amélioration temporaire. C'est ainsi qu'on a accusé Carlsbad d'aggraver les malades dont l'affection maligne n'avait pas été diagnostiquée. Certaines dyspepsies secondaires bénéficient beaucoup du traitement à Vichy, surtout celles qui dépendent de certaines affections du foie et des voies biliaires, de même que la dyspepsie associée à l'uricémie, au diabète, à l'obésité. Il faut éviter ce traitement si la dyspepsie dépend d'une affection nerveuse primitive. Kissingen convient surtout aux formes atoniques de la dyspepsie goutteuse. Ems, Royat sont également indiquées ici, surtout s'il existe du catarrhe bronchique, de la congestion du foie et de la diarrhée chronique. Châtel-Guyon est largement mis à contribution par les dyspeptiques avec dilatation atonique de l'estomac, constipation chronique, appendicite chronique et entéro-colite muco-membraneuse.

Les eaux de Carlsbad sont très utiles dans les dyspepsies avec constipation habituelle, et dans celles qui sont accompagnées de glycosurie, enfin dans les cas de catarrhe gastro-intestinal. Marienbad a une grande réputation dans le traitement de l'obésité compliquée de dyspepsie habituellement hyperchlorhydrique. Brides-les-Bains a été comparé à Karlsbad, mais en diffère par son absence en bicarbonate de soude. Les eaux sont indiquées dans les formes légères de dyspepsie atonique associé à la constipation. On a utilisé quelquefois les eaux sulfureuses, mais leur action dans les dyspepsies est due surtout à leur thermalité ; à ce point de vue on choisira celles qui contiennent le moins de soufre. Enfin les eaux thermales indifférentes comme Plombières sont particulièrement indiquées dans la dyspepsie intestinale.

L. JUMON.

Le traitement des dyspepsies nerveuses et des troubles nerveux dyspeptiques, par BIENFAIT (*Ann. d'électrob. et de radiologie*, mars 1906). — Dans la plupart des dyspepsies chroniques, l'auteur admet l'existence d'une névrose spéciale du plexus solaire, et il a adopté pour combattre cette dernière le traitement électrique (courant galvanique ou induit). On place le pôle positif dans le dos, sur la région de la dernière vertèbre dorsale ; le négatif est placé sur la région épigastrique vis-à-vis du pylore, du tronc cardiaque et de son plexus : on déprime la paroi abdominale. On tâchera d'arriver à 50 mA. : la séance sera de 10 minutes et, en cas de gastralgie, on termine par une révulsion légère à la brosse faradique. Si

les troubles céphaliques dominent, le positif est placé dans la nuque.

S'il existe un état neurasthénique ou un trouble de nutrition, on aura en outre recours à l'électricité statique et à la haute fréquence.

Plusieurs observations démontrent l'efficacité de cette médication.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux.

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Les expectorants, par le prof. EICHHORST (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 avril 1906).— L'auteur, élargissant le domaine des expectorants, y range les narcotiques, et estime que le meilleur moyen d'enrayer les accès de toux de la trachéite consiste dans l'emploi de la formule suivante :

Phosphate de codéine.....	0 gr. 3
Eau d'amandes amères.....	10 »

Prendre X gouttes jusqu'à trois fois par jour.

Si les accès de toux s'accompagnent d'anorexie, de nausées, etc., on prescrira :

Phosphate de codéine.....	0 gr. 3
Sirop de framboises.....	20 »
Solution d'acide phosphorique	0 gr. 5 : 180 »

Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Tous les autres narcotiques sont à rejeter, car ils produisent des effets accessoires désagréables. En tout cas, cette classe de médicaments sera avec raison abandonnée quand les voies aériennes sont encombrées de sécrétions, car on risque de provoquer ou d'augmenter la cyanose.

Les expectorants vrais exercent, quoi qu'on en ait dit, une action dissolvante en cas de sécrétion tenace et adhérente : on peut alors prescrire :

Iodure de potassium...	3 grammes
Sirop simple.....	20 »
Infusion de racine d'ipéca.....	0 gr. 5 : 180 »

Toutes les deux heures, une cuillerée à soupe.

L'apomorphine et la pilocarpine ont l'inconvénient d'exercer une action hyposthénisante sur le myocarde. Une action expectorante et excitante à la fois s'obtiendra au moyen de la prescription suivante :

Acide benzoïque.....	0 gr. 3
Camphre.....	0 » 05
Sucre en poudre.....	0 » 2

Pour une poudre. Faire poudres semblables n° 10 : une toutes les deux heures.

En cas de lésions choniques (bronchorrhée, processus putrides), les balsamiques seront indiqués, surtout l'essence de térébenthine (LX gouttes par jour en trois fois, dans du lait). Le myrtol (en capsules gélatinées à la dose de 0 gr. 15 toutes les deux heures) représente aussi un excellent médicament : les autres, y compris le baume de tolu, ne sont pas employés par l'auteur.

Les catarrhes bronchiques saisonniers sont souvent de nature infectieuse : l'auteur les traite de préférence par le benzoylgaïacol ou benzosol.

Benzosol.....	0 gr. 5
Oléosaccharure de menthe poivrée.....	0 » 3

Pour une poudre. Faire poudres semblables, n° 10 : 3 par jour.

Le catarrhe bronchique chronique est souvent avantageusement modifié par l'extrait fluide d'hydrastis (XX à XXX gouttes 4 fois par jour).

On peut ranger aussi dans les expectorants la vapeur d'eau, dont on saturera la chambre de malade. La position dans le lit (couché sur le ventre, les jambes plus élevées que le tronc) peut aussi faciliter, dans certains cas, l'expectoration ; il en est de même de la compression rythmique du segment inférieur de la cage thoracique.

E. VOGT.

Sur le traitement créosoté des affections pulmonaires non tuberculeuses, par NIGOUL (*Le Progrès médical*, 7 avril 1906). — L'auteur fait remarquer que nous possédons aujourd'hui dans le thiocol un moyen pratique d'assurer aux malades les bénéfices de la médication créosotée, que l'on a eu le tort de consacrer au seul traitement de la tuberculose, alors qu'elle exerce tout aussi bien son action en cas de bronchite aiguë ou chronique, de pneumonie franche, de bronchectasie, etc. Les doses moyennes sont 2 à 3 grammes par jour quand on cherche à tarir la sécrétion bronchique : elles sont moindres quand on ne veut pas s'opposer à l'élimination de déchets inflammatoires. Un emphysémateux, avec des doses quotidiennes de 1 gramme à 1 gr. 50 de thio-

col, se mettra à l'abri des accès de bronchite aiguë et de congestion pulmonaire.

Un des avantages de ce médicament consiste dans son action eupeptique, qui contribue à exalter les défenses organiques.

E. VOGT.

Epanchement pleural traité par la méthode d'injection intra-séreuse d'adrénaline, par WILL-EWART et miss FLORA MURRAY (*Brit. med. J.*, 28 avril 1906). — Le cas décrit par les auteurs a d'abord été traité par une modification de la méthode de James Barr qui remplace par de l'air le liquide évacué ; mais dans cet exemple on n'injecte pas d'air, celui-ci pénétra par la simple aspiration thoracique et l'injection subséquente d'adrénaline ne fut pas faite. L'épanchement secondaire qui survint fut traité par les injections intra-séreuses préliminaires d'adrénaline, avec l'intention de pratiquer au besoin la paracentèse, mais celle-ci fut inutile, le liquide s'était complètement résorbé. Cinq injections de X gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000 furent faites dans le liquide épanché en dix jours. Le malade guérit complètement. L'intérêt du cas réside dans le résultat des deux méthodes de traitement employées séparément. La première fois le liquide fut évacué complètement en modifiant l'attitude du malade pendant l'opération. Le fait montre d'abord que l'introduction de l'air filtré dans la plèvre est inoffensive lorsqu'elle a lieu sans aucune pression, puisque le poumon peut se dilater avant que le déplacement du médiastin ait pu se modifier. En dépit du déplacement cardiaque, la substitution du pneumothorax à l'hydrothorax contribue au soulagement du malade, mais n'empêche pas le liquide de se reproduire.

L'injection de doses convenables d'adrénaline n'offre pas d'inconvénient, mais il faut avoir soin de s'assurer, en retirant un peu de liquide pleurale, qu'on injecte bien d'adrénaline dans la cavité et non dans les tissus du poumon ou de la plèvre. L'absorption du liquide s'est rapidement produite après l'injection faite simplement dans un but préparatoire à la thoracentèse. On peut supposer que l'adrénaline a joué un rôle en provoquant la résorption du liquide et recommander ainsi l'injection de ce médicament avant de recourir à la thoracentèse.

L. JUMON.

Le pneumothorax thérapeutique, par BRAUER (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 avril 1906). — Observation détaillée d'une tuberculeuse présentant de la fièvre hectique quotidienne, avec lésions très étendues du côté gauche, à laquelle on injecta à quatre reprises de l'azote dans la plèvre (1.600 cc. environ).

Après la première intervention, la fièvre disparut pendant trois semaines: après les interventions suivantes, le résultat fut le même, mais pour un temps moins long. Le collapsus du poumon gauche ne provoque ni dyspnée, ni cyanose. L'état général s'est beaucoup amélioré.

Les insufflations exécutées par le Pr Kuttner, du Marburg, furent faites de la façon suivante :

On choisit le septième espace intercostal, entre la ligne axillaire postérieure et la ligne scapulaire, en un point où la plèvre paraissait saine, et le poumon peu infiltré. Anesthésie locale, puis incision de 2 cm. 1/2 jusqu'à la plèvre costale : ponction de celle-ci avec un trocart à mandrin muni latéralement d'un tube communiquant avec le ballon d'azote ; insufflation et sutures. L'azote avait barboté au préalable dans une solution de sublimé à 1 p. 1000.

L'azote a été recommandé par Murphy parce que sa résorption est lente : l'effet produit consiste dans une compression du poumon, qui est exprimé comme une éponge, ce que démontre l'augmentation de la quantité de l'expectoration de suite après l'intervention. Le poumon ainsi placé au repos se décongestionne : peut-être se produit-il une stase veineuse qui agit sur le processus infectieux.

E. VOGT.

Recherches sur l'alimentation des phtisiques. La gélatine, par ROBIN et BINET (*Bull. gén. de thérapeutique*, 23 avril 1906). — On s'accorde aujourd'hui pour admettre que la gélatine ne saurait remplacer les albuminoïdes dans l'alimentation et que la majeure partie de cette substance, étant finalement détruite dans l'organisme, ne peut aider à la reconstitution des tissus.

Mais précisément parce qu'elle se détruit, en dérivant sur elle une partie des aptitudes hydrolysantes, réductrices et oxydantes de l'économie, elle est capable de protéger les albuminoïdes constituants des organes et des tissus, de diminuer les pertes en corps gras, et elle permet de faire fonctionner l'individu avec une ration moindre de matières albuminoïdes et serait donc un véritable aliment d'épargne.

Les expériences des auteurs ont démontré que la gélatine, à condition de ne pas provoquer de dégoût peut, si elle est prise régulièrement, exercer une action d'épargne fort importante.

A la dose de 20 grammes par jour, elle di-

minue régulièrement les échanges respiratoires et exerce donc chez les phtisiques une action d'épargne que la diététique doit utiliser.

Il ne faut donc pas donner une trop grande ration de viande crue aux phtisiques qui prennent de la gélatine, sous peine de voir s'atténuer l'action restrictive de celle-ci sur les échanges respiratoires. Au contraire, une ration de 100 à 150 grammes au plus détermine l'atténuation des échanges et, par conséquent, l'action d'épargne de la gélatine continue à se manifester et peut même s'accroître dans une faible mesure.

Les gélatines du commerce, si purifiées qu'elles soient, sont plus ou moins mal tolérées par l'estomac des tuberculeux. Pour en masquer la saveur fade, les auteurs la font dissoudre dans du bouillon; on peut aussi la faire réduire en poudre grossière que le sujet incorpore à ses aliments. Mais la plupart des malades finissent par s'en dégoûter, et il a été difficile de la faire continuer plus de trente jours de suite.

Pour parer à cette difficulté, il n'y a d'autre moyen, dans la classe pauvre, que de faire du bouillon avec des parties dites tendineuses de la viande, des os en quantité aussi grande que possible, beaucoup de légumes et de faire dissoudre la gélatine pendant la cuisson. Une partie du bouillon ainsi fait peut être pris chaud; le reste se prendra en masse en se refroidissant et formera une gelée saporide que le sujet absorbera avec plaisir lors de ses autres repas.

Pour les malades de la classe aisée, la difficulté est plus facile à tourner, puisqu'il suffira de remplacer la gélatine commerciale par des aliments gélatineux tels que la tête de veau, les pieds de mouton ou de cochon, le bouillon de pied de veau, les gelées de viande, les gelées de fruits et de pommes en particulier, etc..., tous aliments à l'aide desquels il sera facile de faire ingérer, sous une forme commode, la dose d'épargne nécessaire.

E. VOGT.

Pathogénie et traitement électrique de l'accès d'un asthme, par D. COURTADE (*Ann. d'électrob. et de radiologie*, mars 1906). — L'auteur a traité aussi bien des cas d'asthme essentiel que des cas d'asthme cardiaque ou tuberculeux. Il se sert du courant galvanique, avec pôle indifférent sur la nuque ou le sommet du poumon, et pôle actif sur la région moyenne du cou, puis au niveau des attaches du sterno-mastoïdien. Le courant varie entre 10 et 15 mA. : la durée sera de 10 à 25 minutes; on fera deux à trois séances par semaine.

C'est surtout dans l'asthme essentiel que le traitement est efficace : il en est de même chez les tuberculeux : dans l'asthme cardiaque, le soulagement est en revanche peu marqué.

Dans un cas d'asthme essentiel, avec crises très longues, très fréquentes, traitées sans succès depuis huit ans, il a suffi de six séances pour obtenir une guérison qui se maintient depuis trois ans.

Le traitement excite les muscles bronchiques et laryngés d'une façon centripète : par action réflexe, le diaphragme et les muscles intercostaux sont excités aussi. En outre le grand sympathique est impressionné et modifie la vasomotricité des vaisseaux du bulbe et des centres respiratoires.

E. VOGT.

Traitement de l'anévrisme du tronc brachio-céphalique, par MACDONALD (*The Practitioner*, mai 1906). — Le traitement d'abord médical consiste dans le repos physique et mental absolu dans la position couchée, en y ajoutant au besoin l'aconit, la belladone ou l'opium, des purgations fréquentes, des saignées pour réduire la force des battements du cœur. De Penzi a obtenu de bons résultats par le repos et de hautes doses d'iodure de potassium, sans diminuer beaucoup le régime.

Les moyens chirurgicaux de douceur peuvent être ajoutés au traitement médical, à l'iodure de potassium seul ou associé au chlorure ou au lactate de calcium. Les résultats des injections coagulantes dans le sac ont été déplorables. Les injections d'ergotine autour de la tumeur ont assez bien réussi dans un cas d'Arnoldo. Plusieurs auteurs ont noté des améliorations après la galvanopuncture, mais il peut se produire aussi des aggravations. L'application du courant galvanique à la surface est inefficace, bien que Galozzi ait constaté une amélioration remarquable dans un cas après quelques mois de traitement. La plupart des chirurgiens ont rejeté aujourd'hui l'introduction dans le sac de corps étrangers, fil d'acier, poil de cheval, etc. La méthode de Macewen a donné plusieurs résultats remarquables. Dans le cas de Beamler, la tumeur s'aplatit, puis disparut au bout d'un an après 13 introductions de l'aiguille qui fut laissée en place six à huit heures. La compression indirecte de la carotide a été enrayée dans deux cas avec une bonne amélioration, mais le sac s'est rompu dans la suite et l'autre malade a succombé à une hémiplégie le cinquième jour du traitement. Les injections de gélatine n'ont pas donné des résultats très favorables dans l'anévrisme innominé, mais elles calment la douleur en améliorant l'état subjectif du ma-

lade. La galvanopuncture, la méthode de Macewen, et les injections de gélatine sont les méthodes qui conviennent dans les cas où la ligature est contre-indiquée ou comme méthode pour provoquer la coagulation dans le sac après la ligature.

Le but de la ligature est d'exclure complètement le sac de la circulation, pour favoriser la formation d'un caillot et l'oblitération du sac. La circulation périphérique collatérale s'établit par les carotides externes et, pour que l'opération réussisse, il faut que la circulation soit libre et qu'il n'y ait pas d'obstruction dans les autres artères. L'opération est quelque peu dangereuse et ne doit pas être tentée s'il y a une oblitération de la carotide droite pouvant donner lieu à des troubles cérébraux ou à une insuffisance aortique. Elle doit être pratiquée le plus tôt possible après une courte période de traitement médical; il est dangereux d'attendre parce que d'autres artères peuvent s'oblitérer. La méthode d'Anel ne convient que lorsque l'anévrisme n'atteint que la portion terminale de l'artère innominée. La méthode de Brasdor de la ligature périphérique est pour le moment la seule applicable à cet anévrisme. Etant donnée la gravité de la maladie et les difficultés techniques opératoires, les résultats de la ligature simultanée de la carotide et de la sous-claviere peuvent être considérés comme excellents et encourageants. Cette ligature est ici l'opération de choix.

L. JUMON.

L'ichtyol dans le traitement de l'œdème angio-neurotique, par FORSTER (*Brit. med. J.*, 28 avril 1906). — Comme l'ont montré Apert et Delille, l'hérédité constitue un facteur étiologique important de cette affection et Osler a rapporté un exemple dans lequel 22 cas sur 29 étaient répartis sur cinq générations. La maladie est grave, car elle peut atteindre les muqueuses comme la peau et déterminer un œdème subit de la glotte qui peut être mortel. L'auteur a observé un cas de cette affection chez une femme de trente-sept ans, nerveuse, sujette, environ tous les quinze jours, à des œdèmes fugaces de la face, de la poitrine et des bras durant deux ou trois jours. Ces œdèmes ne sont pas douloureux, mais déterminent seulement une sensation de picotement. Il n'y a jamais eu aucune amélioration quel que fût le traitement employé. L'auteur prescrivit alors une pilule de 0,20 centigrammes d'ichtyol à prendre trois fois par jour pendant deux mois, puis deux fois par jour pendant un autre mois, enfin une par jour. Depuis trois mois, l'affection n'a pas récidivé. L'auteur a prescrit l'ichtyol en raison de son efficacité contre les bouffées de chaleur, les névroses vaso-motrices et les phénomènes analogues qui sont communs à l'époque de la ménopause. Cependant, cette dernière circonstance ne pouvait être incriminée chez la malade.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Sur le traitement des névralgies par les injections, par P. KRAUSE (*All. Med. C. Zeit.*, 21 avril 1906). — Ce n'est guère que dans la syphilis et la malaria que nous pouvons agir sur l'élément étiologique des névralgies. La quinine agit souvent d'une façon merveilleuse contre les névralgies paludéennes. On peut encore agir sur les névralgies qui dépendent du diabète par le régime, de même sur celles qui dépendent de l'anémie par les préparations ferrugineuse et le fer. Mais, le plus souvent, on est réduit à faire un traitement symptomatique; l'auteur préconise ici la méthode déjà ancienne des injections. On a employé en injection dans les nerfs l'antipyrine, le bleu de méthylène, la cocaïne, l'alcool, l'éther, l'eau, la solution saline, l'acide phénique, l'acide osmique. L'idée directrice ici est d'engourdir le nerf pendant un temps plus ou moins long. On a dit que la méthode devait être rejeté pour les nerfs mixtes. Mais il faut surtout savoir que les injections d'éther, d'alcool et surtout d'acide osmique ont produit des paralysies persistantes, par exemple sur le nerf radial, le nerf sciatique. A ce point de vue, il faut rejeter l'éther.

Avec la méthode d'infiltration de Schleich, la thérapeutique par les injections est entrée dans une nouvelle phase. Schleich avait obtenu des résultats favorables dans le traitement de la sciatique et Bloch a vu des résultats remarquables avec des injections à 2 p. 1000 de tropacocaïne avec la solution de chlorure de sodium. Il y a environ dix-huit mois, Lange est revenu sur cette méthode pour la recommander en la modifiant encore. Krause l'applique, mais en se servant de la stovaïne à dose de 0,10 à 0, 20 p. 100 cc d'une solution de chlorure de sodium à 8 p. 100 et en y ajoutant V à X gouttes p. 100 cc. de la solution d'adrénaline à 1 p. 1000. Quant à la technique de l'injection, elle est la même que celle indiquée par Lang. Krause a appliqué cette méthode dans deux cas de sciatique avec un succès complet au bout

d'un quart d'heure à deux jours, et dans deux cas de névralgie grave du trijumeau avec un succès complet. Chez un malade, les accès n'avaient pas reparu au bout de six mois. Les injections avaient été faites dans les régions d'émergence des branches du trijumeau.

L'injection agit dans ces cas d'abord par réaction anesthésique locale, puis par une action mécanique sur le nerf, en raison de la quantité de liquide injecté (100 grammes dans les cas de sciatique, 20 grammes dans les névralgies du trijumeau). La compression des filets nerveux dure jusqu'à la résorption complète du liquide. L'addition d'adrénaline détermine d'abord une certaine anémie locale qui est suivie d'une hyperémie.

Enfin l'auteur a pratiqué avec succès des injections intra-rachidienne de stovaïne chez deux tabétiques atteints de douleurs lancinantes persistantes, qui furent assez améliorées pour se passer de la morphine.

L. JUMON.

Névralgie mammaire avec remarques sur le traitement, par CRISP ENGLISH (*Treatment*, avril 1906). — Les causes de la névralgie du sein, appelée aussi mastodynie, peuvent être divisées en trois groupes : affections locales, affections pelviennes, troubles de la santé générale. Souvent les causes générales et locales sont combinées. Parmi les causes locales, la plus fréquente est la mastite chronique, soit du type involutif, soit déterminée par une irritation locale, par le corset. Dans un petit nombre de cas, la névralgie est le premier symptôme du cancer. Les troubles pelviens sont fréquemment associés à la névralgie mammaire.

Cette névralgie est habituellement intermittente, parfois constante et s'aggrave à la menstruation. La douleur part souvent de la région inférieure et externe du sein et irradie vers les épaules, le côté interne du bras et le thorax. Une sensibilité extrême est souvent associée à la douleur névralgique.

Avant de commencer le traitement, il est essentiel de rechercher la cause de la douleur. Il est rare qu'on obtienne la guérison par la simple application d'emplâtres ou de calmants.

Il faut rechercher soigneusement les lésions locales légères et spécialement les points de mastite localisée. Il faudra s'enquérir de l'état des organes pelviens et diriger un traitement dans ce sens, si c'est nécessaire. Dans un certain nombre de cas la crainte du cancer est l'origine des troubles du côté du sein et il suffira parfois de tranquilliser les malades pour voir disparaître la névralgie. Beaucoup de ces malades consultent le médecin, moins parce que la douleur constitue un trouble sérieux que pour savoir si elles sont atteintes de cancer. Si on peut à bon droit les rassurer, comme cela arrive souvent, la douleur disparaîtra.

Toute lésion locale du sein exigera un traitement local, mais si l'on ne trouve rien, il ne sera pas toujours prudent de prescrire des applications locales qui attireront constamment l'attention de la malade sur cette région et qui n'auront souvent aucun effet. Dans le cas de mastite, des frictions mercurielles et l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur seront d'abord employées. Si le traitement échoue chez les femmes qui ont passé trente ans, il sera de beaucoup préférable d'exciser largement la région affectée.

Les petits adéno-fibromes et les kystes seront enlevés, ce qui suffit presque toujours à guérir la névralgie.

Si l'état général semble intervenir dans l'étiologie de la névralgie, on aura recours au fer, à la quinine et aux purgatifs. On doit combattre surtout l'anémie et l'insomnie.

Les malades neurasthéniques seront soumis au massage général et à la suralimentation, on les changera de milieu. Enfin les courants galvaniques constitue, la forme la plus efficace du traitement local.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Contribution à la prophylaxie, de la carie dentaire, par A. D'ARGENT (*J. de méd. et de chir. de Montréal*, 24 mars 1906). — Ayant eu l'occasion de constater les dégâts dentaires, à la suite de l'usage d'agents thérapeutiques ou de certains régimes diététiques, l'auteur a cru utile d'attirer l'attention sur les médicaments susceptibles d'altérer les dents. Au premier rang, on trouve l'alun qui détruit énergiquement l'émail et qu'on prescrit en gargarismes, en insufflations, etc. On le remplacera par le borate de soude qui possède en outre des propriétés antiseptiques. Parmi les acides organiques très corrodants on relève comme les plus employés : l'acide citrique à 10 p. 100 en limonade, l'acide lactique, l'acide acétique employé sous forme de mellite, l'acide tartrique et le tartrate de potasse. Parmi les acides minéraux, l'acide chlorhydrique préconisé contre les dyspepsies, contre le scorbut en gargarismes. Dans ce der-

nier cas on lui substituera le nettoyage mécanique des dents, l'hygiène de la bouche; un régime reconstituent approprié et un gargarisme composé de 100 grammes d'alcoolat de cochlearia pour 10 grammes d'hydrate de chloral, à dose d'une cuillerée dans un demi-verre d'eau tiède, huit à dix fois par jour. On remplacera les cautérisations des ulcérations des gencives par l'iode ou le nitrate d'argent.

L'acide carbonique, sous forme d'eau de Seltz, etc., est recommandé dans le but de combattre les vomissements, il a une action commune à l'acide chlorhydrique, on pourra lui substituer les carbonates alcalins. Les éthers sulfurique, azotique, indiqués comme stimulants ont des effets désastreux. On évitera l'emploi du perchlorure de fer dans la bouche en raison de sa réaction fortement acide. On se méfiera de la créosote qui ramollit l'ivoire. On recommandera une antisepsie minutieuse de la cavité buccale aux morphinomanes qui ont la bouche sèche et sont exposés à des abcès et à de la périodontite.

Le tanin, employé en insufflation dans les affections de la muqueuse pharyngée a une action nocive sur l'ivoire et le cément. On connaît l'importance des soins prophylactiques de la bouche chez les malades soumis à un traitement mercuriel. On leur recommandera une hygiène rigoureuse de la bouche et de fréquents gargarismes avec une solution de sublimé à 1 p. 4.000. Le chlorate de potasse a passé à tort autrefois pour être le spécifique de la stomatite mercurielle. Sous l'influence des ferrugineux, il se forme un liseré noir au niveau du feston gingival, mais ces dépôts n'ont pas d'inconvénients sérieux. L. JUMON.

Traitement de la rhino-pharyngite chez les enfants, par LE MARC'HADOUR (*Journ. de méd. de Paris*, 22 avril 1906). — L'auteur introduit trois ou quatre fois par jour dans les narines, des tampons, effilés en pointe, d'ouate hydrophile trempés dans la vaseline, boriquée, à laquelle on peut joindre des substances astringentes :

Vaseline.....	20 grammes.
Acide borique.....	1 —
Antipyrine....0,50 à suivant l'âge.	1 —

On peut encore employer l'huile mentholée, surtout chez les enfants qui ne supportent pas les tampons ou ne se les laissent pas introduire.

Aux enfants plus grands, on peut faire priser des poudres :

Aristol.....	5 grammes.
Lactose.....	5 —

ou bien :

Acéto-tartrate d'alumine.....	4 grammes.
Lactose.....	6 »

En même temps, on emploie encore localement les vaporisations et les pulvérisations naso-buccales tièdes avec l'eau boriquée ou salée, avec les eaux d'Enghien, de Challes, du Mont-Dore.

Si l'effet se faisait attendre, on pourrait agir directement sur la paroi pharyngienne par des badigeonnages avec de la glycérine iodée (parties égales), ou avec la solution suivante :

Iode pur.....	0 gr. 25.
Iodure de potassium.	2 grammes.
Glycérine.....	20 »
Essence de menthe poivrée.....	IV gouttes.

Deux, puis une fois par semaine, à l'aide d'un tampon d'ouate enroulé autour d'une tige recourbée, de façon qu'on puisse pénétrer derrière la luette, on pratique de simples attouchements du naso-pharynx, on fait avec le tampon des frictions énergiques qui contribuent puissamment au dégonflement et à la décongestion de la muqueuse.

Comme la plupart de ces enfants sont des lymphatiques, on instituera en même temps un traitement général dont l'huile de foie de morue, le sirop iodo-tannique, une bonne alimentation formeront la base.

E. VOGT.

Le thiosinamine dans le traitement des bourdonnements d'oreille, par MC CULLAGH (*Merck's Archives*, avril 1906). — La liste des médicaments recommandés contre les bourdonnements est une preuve de leur peu d'action. L'auteur préconise la thiosinamine parce que ce médicament a une action élective sur les néoplasies conjonctives qu'elle atténue ou assouplit. Les cas rapportés de maladie d'oreille dans lesquels on a employé ce médicament sont encore assez rares, bien que son utilité théorique soit généralement reconnue. Beck rapporte cinq cas soumis exclusivement à ce médicament; les résultats ont été nuls, mais il n'en a plus été de même dans sept autres cas où il a associé le traitement mécanique. Somers relate douze cas, deux ont été guéris, six ont été assez améliorés pour cesser le traitement, un cas a été amélioré et trois sont restés stationnaires. Pour se placer dans des conditions favorables le traitement doit être continué pendant six semaines et être associé au traitement mécanique. Mais M. Cullagh

croit que pour obtenir des résultats il faut poursuivre le traitement beaucoup plus longtemps, suivant le degré de sclérose. Dans les cas de vertige il faut augmenter les doses. Les cas les plus favorables pour le traitement semblent ceux dans lesquels l'hypertrophie conjonctive porte sur la membrane du tympan et sur la trompe d'Eustache. Ses résultats obtenus sont également bons quand on administre le médicament par la voie buccale ou sous-cutanée. Quelques malades ont accusé une amélioration très notable de l'ouïe avec la disparition du bourdonnement.

L. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement par stase ou par ventouses dans quelques affections de la peau et des organes génitaux, par ULLMANN (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 30 avril 1906). — L'auteur a appliqué la méthode de Bier dans quatre-vingts cas environ; ils lui ont donné l'impression que ce procédé contribue plutôt à une destruction rapide des tissus pathologiques qu'à une accélération du processus de régénération. Le bacille de Koch n'est pas le seul qui soit influencé : tous les autres microorganismes sont gênés dans leur développement ou détruits par l'hypérémie par stase : même s'il s'agit de syphilis, on peut espérer dans des cas de gommes ulcérées, d'ulcères tenaces, obtenir des résultats.

Pour les tuberculoses localisées, la stase a l'avantage de provoquer une modification chimique du sang baignant les parties atteintes : ce sang est surchargé d'acide carbonique. Cet excès de CO^2 constitue bien le principe curatif, puisque les autres méthodes provoquant de l'hypérémie sans stase, sont nuisibles.

L'auteur n'a jamais rencontré, dans les cas traités par lui, l'hyperleucocytose que divers auteurs ont cru devoir faire entrer en ligne de compte dans l'interprétation des résultats obtenus avec cette méthode.

Dans cinq cas de tuberculose des testicules et du cordon, les séances durèrent d'une demi à deux heures : un malade mourut de tuberculose pulmonaire ; les quatre autres ont été localement guéris : l'action du traitement est ici plus nette que pour le lupus, mais on possède pour ce dernier de nombreuses méthodes efficaces, alors que pour le testicule tuberculeux on a été pour ainsi dire désarmé jusqu'à ce jour.

Le traitement influence même la prostate infectée, et il n'est pas nécessaire de soumettre toute la tumeur testiculaire à l'action de la stase, ce qui serait d'ailleurs souvent impossible, surtout quand le cordon est intéressé. La bande de caoutchouc ou la ventouse est placée le plus avantageusement possible : l'effet s'exerce manifestement en profondeur surtout si l'on se sert de ventouses. Il n'y a pas lieu de renoncer au traitement quand d'autres organes sont atteints, car il est toujours avantageux de supprimer un foyer capable de provoquer des réinfections à distance.

Les affections infectieuses aiguës de la peau (furoncles, abcès) sont nettement justiciables de la méthode, car elle supprime rapidement la douleur et enraie l'infiltration de voisinage ; l'auteur combine souvent des applications locales préalables de la chaleur avec l'emploi des ventouses (24 cas).

L'acné indurée est rapidement résorbée à condition de ne faire que tous les deux ou trois jours des séances.

Le sycosis mentonnier est de même influencé favorablement.

Les infiltrations périuréthrales gonococciques ont été traitées par l'application de petites ventouses ovales ; les résultats sont remarquables ; dans l'épididymite, la méthode combinée permet d'arriver rapidement à la cessation des douleurs.

En cas de bubons, même profonds, la ventouse provoque une aspiration du pus vers la surface, permettant une simple ponction sans cicatrice consécutive apparente.

E. VOGT.

Furoncles et anthrax. Leur traitement par les courants de Morton et l'électrolyse, par M. CIRERA SALSE (*Annales d'électrob. et de radiologie*, mars 1906). — L'auteur traite depuis dix ans ses furonculeux par ce moyen, qui a pour seul inconvénient la douleur qu'il provoque parfois. On enfonce une aiguille en acier (pôle négatif) dans le furoncle, et on fait passer pendant cinq minutes un courant de 5 à 10 milliampères.

Les courants de Morton (courants statiques induits) produisent une diminution considérable des phénomènes inflammatoires et peuvent à eux seuls amener la guérison des furoncles et anthrax : si tel n'est pas le cas, on leur associera l'électrolyse. Les courants de Morton agissent par des phénomènes vibratoires et mécaniques, qui combattent l'infiltration et la stase sanguine.

Si le furoncle est à son début, deux à trois séances de courants de Morton suffisent à le faire avorter. Si la suppuration est déjà établie, les courants enraient l'inflammation. Dans les indurations chroniques furonculeuses, les résultats sont identiques.

En cas d'anthrax, la méthode combinée s'impose : on fera plusieurs piqûres dans les vésicules de la surface de la pustule en cherchant à dilater le canal de piqûre pour assurer la sortie du pus.

E. VOGT.

Quelques cas récidivants d'épithéliomes traités par les rayons X, par DUBOIS-HAVENITH (*Journ. des mal. cutanées*, mars 1906). — L'auteur conclut de ses observations qu'en présence d'un épithéliome ulcéré favorablement situé, bien délimitable, le mieux est de recourir à l'excision d'emblée ou à l'extirpation suivie d'une transplantation dermo-épidermique. Les variétés superficielles d'épithéliome ulcéré cèdent facilement à la radiothérapie, ordinairement sans récidive, mais il faut se montrer très réservé en présence des variétés plongeantes et térébrantes, même si les premiers effets de radiothérapie semblent remarquables. Les déceptions sont presque la règle.

E. VOGT.

Héliothérapie du psoriasis, par GUHR (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 23 avril 1906). — L'auteur ayant observé qu'un jeune psoriasique de 13 ans avait été guéri en quinze jours d'un psoriasis à la suite de bains de rivière, suivis de repos prolongé au soleil, a fait des recherches sur ce sujet.

La technique est simple : le malade, la tête à l'ombre, s'étend au soleil sur une couverture ou un matelas en changeant de place toutes les trois ou cinq minutes pour éviter l'action trop prolongée des rayons solaires sur un point donné : c'est surtout au printemps que la peau, dépigmentée au cours de la mauvaise saison, est sensible aux rayons actiniques.

La durée du bain est de vingt à cinquante minutes : peu à peu, une sudation abondante s'établit : on peut l'exagérer encore en enveloppant à la fin du bain, le patient dans une couverture de laine. On termine toujours par une application hydrothérapique (douches écossaisses, lavages partiels, etc.) suivie d'une promenade d'une demi-heure.

Les réactions cutanées des premières séances (prurit, chaleur, etc.) disparaissent en cours de traitement.

Les expériences de l'auteur lui ont montré que les séances d'insolation doivent être précédées de pratiques destinées à faire disparaître les squames.

E. VOGT.

Le thigénol dans la pratique dermatologique, par I. MAZZINI (*Gazette internazionale di Medicina*, n° 8, 1906). — Le thigénol est une préparation synthétique à base de soufre : elle en contient 10 p. 100 en combinaison organique. Ce produit est de composition constante, il n'a pas d'odeur et ne tache pas le linge. Le thigénol est très soluble dans l'eau, la glycérine et l'alcool dilué. Mazzini l'a employé chez 50 malades souffrant d'eczéma, de pityriasis, d'acné etc., avec de très bons résultats. Il recommande la solution suivante :

Thigénol		5 grammes
Huile d'olive.....	AA	25 »
Glycérine neutre		

Les pommades de 5 à 30 p. 100 et même le thigénol pur rendent des services en cas de gale ; ce traitement n'a jamais donné lieu à des phénomènes d'irritation.

Le thigénol a donc tous les avantages des autres préparations de soufre sans en avoir les inconvénients. Il est très bien supporté et calme rapidement les démangeaisons : son action ne s'épuise pas à la suite d'applications répétées. On peut l'utiliser sans crainte dans la pratique.

A.-L. PERCIVAL.

Cinq cas de gommes traitées par le lévurargyre (*Le Progrès médical*, 21 avril 1906). — JULLIEN et STASSANO considèrent que ce produit est très actif : des injections, tous les deux jours, de 20 cc. de la solution à 1 p. 100 sont suffisantes pour enrayer une syphilis même grave. Or, on n'injecte à chaque fois, dans ces conditions, qu'à peine 0,003 gr. de mercure métallique, ce qui fait penser que ce dernier, à l'état de combinaison nucléo-protéique, possède un pouvoir thérapeutique qu'il est loin de présenter dans ses combinaisons organiques et salines ordinaires : dans celles-ci, le pouvoir thérapeutique n'est appréciable que lorsqu'elles contiennent 5 à 10 fois autant de mercure métal.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par TUFFIER (*Rapport au XVe Congrès international de médecine*, 1906). — Le traitement

de l'hypertrophie de la prostate est préventif, palliatif ou curatif.

Le traitement préventif consiste à décongestionner la prostate suivant les règles énoncées par Guyon, le traitement palliatif consiste à assurer l'évacuation régulière de la vessie par le cathétérisme, enfin le traitement curatif consiste à supprimer l'obstacle par une intervention opératoire. Les indications de cette intervention sont : l'impossibilité définitive de vider la vessie, la persistance des hématuries, et l'infection vésicale chronique rebelle à toutes les médications et menaçant de se propager au rein.

L'opération de Bottini ne met pas à l'abri des récidives : elle est en outre une cause de difficulté opératoire ultérieure si on veut plus tard faire la prostatectomie ; l'ablation partielle de la prostate ne peut être indiquée que dans des cas exceptionnels où l'hypertrophie porte seulement sur le lobe moyen ; l'ablation totale sans ouverture de l'urètre (Ridygier) ne peut encore être jugée quant à sa valeur.

L'opération de choix est l'ablation totale de la prostate, soit par la voie périnéale, soit par la voie transvésicale.

Les accidents possibles consécutifs à l'opération par la voie périnéale sont l'orchite, la fistule recto-urétrale ou uro-périnéale, l'incontinence d'urine, la difficulté fréquente du cathétérisme, la déchéance génitale. Ces inconvénients sont évités si on emploie la voie transvésicale, à la condition d'employer une bonne technique ; on aura bien soin de mettre un drain de 22 millimètres de diamètre entre les lèvres de l'incision vésicale et de ne pas l'enfoncer dans la loge prostatique : par ce drain on fera des lavages chauds quotidiens pour évacuer les caillots : dans la loge même on mettra une mèche bien absorbante ; le drain est supprimé vers le dixième jour et remplacé par une sonde à demeure. Cette technique doit être fidèlement observée si on veut éviter l'infiltration urineuse : c'est la seule complication à redouter dans cette méthode, les fistules sont exceptionnelles.

La voie périnéale est plus facile, plus logique et plus bénigne ; au point de vue des complications post-opératoires la voie transvésicale est préférable. En résumé la voie basse doit être employée dans les hypertrophies à développement périnéo-rectal, dans les cas à petites prostates scléreuses, chez les obèses. Dans tous les cas le pronostic est sérieux et on ne doit opérer que s'il existe une indication. Les contre-indications sont : le mauvais état fonctionnel des reins, les accidents aigus (rétention, hémorragie, infection aiguë) ; il faut opérer à froid, car les reins sont en état de moindre résistance au cours des complications ; certaines déchéances du cœur, du foie, du poumon, de la nutrition générale, certains états scléreux prostato-vésicaux peuvent encore contre-indiquer l'opération.

M. DESCHAMPS.

L'incontinence nocturne d'urine et son traitement, par HUGH THURSFIELD (*Brit. med. J.*, 21 avril 1906). — Deux points doivent d'abord être pris en considération. Le traitement doit être prolongé, car il s'agit d'une habitude, souvent invétérée, à combattre et les rechutes sont fréquentes. Le second point est la nécessité de varier le mode de vie et le milieu du sujet, afin de supprimer certaines causes excitantes de la vie de famille.

Dans l'incontinence nocturne, l'évacuation de la vessie se produit en général dans les deux premières heures du sommeil. La première indication est donc de réveiller l'enfant dans ces premières heures pour le faire uriner, lors même qu'il a vidé sa vessie avant de se coucher ; cette précaution suffit dans un très grand nombre de cas pour prévenir l'incontinence, mais elle peut ne pas suffire et il faudra alors réveiller l'enfant à intervalles réguliers pendant toute la nuit, en allongeant les intervalles à mesure que l'état s'améliore. En second lieu, il est bon d'encourager l'enfant à uriner pendant le jour à des intervalles réguliers, ce qui est particulièrement indiqué lorsque l'incontinence se produit aussi pendant le jour. On constate quelquefois que la vessie se rétracte et devient incapable de garder plus de quelques onces d'urine.

Il conviendra ensuite d'éviter les aliments et les boissons qui ont une action irritante ou diurétique. Il faut absolument défendre le thé et le café : le dernier repas et la dernière boisson devront être pris au moins une heure avant d'aller au lit. Outre le thé et le café, le sucre sous toutes ses formes doit être éliminé du régime. Les sucreries sont les causes les plus puissantes de récidive. En dehors de ces restrictions le régime ordinaire doit être substantiel et il n'y a aucune raison de supprimer la viande. Certaines mères limitent la quantité des boissons, mais l'augmentation de la concentration de l'urine augmente la tendance à l'incontinence. L'enfant peut au contraire boire de l'eau ou du lait à discrétion, pourvu que ce soit à intervalles réguliers et en limitant la quantité prise aux repas.

Chez les enfants nerveux, excitables, il faudra supprimer l'école durant un certain temps. On veillera ensuite à une propreté

scrupuleuse, on enlèvera les végétations adénoïdes; il sera quelquefois nécessaire de pratiquer la circoncision : on recherchera encore l'existence d'oxyures.

Le nombre des médicaments employés est énorme, et l'auteur a essayé une grande variété, mais le plus utile, à son avis, est la belladone en teinture ou l'atropine. Il donne habituellement la teinture à dose de X gouttes trois fois par jour, en augmentant la dose chaque semaine, puis il diminue lentement quand il a obtenu un résultat. Il faut habituellement trois à six mois pour obtenir la guérison. Si l'urine est hyperacide, on peut y joindre le citrate de potasse, qui seul a pu suffire dans certains cas. Enfin, l'urotropine est particulièrement indiquée dans les cas de bactériurie. L'auteur n'a jamais obtenu de bons résultats avec l'ergot, l'antipyrine, le lycopode. Le bromure de potassium est utile chez les enfants sujets aux terreurs nocturnes, la strychnine et le fer sont indiqués chez les enfants affaiblis et anémiques. Le traitement par les courants galvaniques réussit, mais d'une façon assez inconstante.

L. JUMON.

Causes et traitement de l'incontinence nocturne d'urine, par PERCY LEWIS (*Brit. med. J.*, 21 avril 1906). — Avant de commencer ce traitement, il faut rechercher si l'incontinence tient simplement à un état de faiblesse générale, s'il y a de l'infection intestinale et, dans ce cas, si l'urine est très acide, diminuée de quantité ou accrue. Il est toute une classe d'enfants délicats, atteint d'incontinence. Il faut les soumettre à un traitement tonique et principalement au phosphate de fer et à la strychnine, puis aux douches froides, au massage, au changement d'air. On peut réveiller l'enfant pour le faire uriner, mais il ne s'agit pas là d'un traitement à proprement parler.

Dans une seconde catégorie, les enfants ont des troubles gastro-intestinaux : on les guérit souvent de leur incontinence par le régime. On supprimera la viande et les farineux. Pour combattre les fermentations intestinales, on donnera tous les soirs 2 centigrammes de calomel et le matin un laxatif salin. On peut y ajouter les antiseptiques intestinaux en usage. Dans une troisième catégorie, il faut supprimer certaines causes d'irritation, telles que les vers intestinaux, la fissure anale, les adhérences du prépuce, etc. Le traitement opératoire agit fortement sur l'esprit de l'enfant ou rend le sommeil moins profond et supprime ainsi l'habitude de l'incontinence, même lorsque l'affection locale n'a rien à voir avec cette habitude. C'est de la même manière que peuvent agir le vésicatoire sur le sacrum, les cautérisations de l'urètre, le cathétérisme et les divers modes d'emploi de l'électrisation. Enfin, il est très utile d'avertir l'enfant de la possibilité d'une opération si l'amélioration tarde à se produire.

L'auteur croit qu'il ne faut pas restreindre les boissons, ce qui aggraverait plutôt le symptôme.

La belladone à petites doses agit comme tonique sur le système nerveux et peut réussir dans la première catégorie des cas. Elle agit peut-être mieux quand elle est associée à la strychnine. Les sédatifs, comme le bromure et le chloral, n'atteignent pas la cause de l'incontinence, et leur usage n'est pas très rationnel.

L. JUMON.

Eosinophilie locale des reins, par SULTAN (*Zentralblatt für Chirurgie*, 21 mars 1906, *n°* 12). — Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans qui présentait des signes de colique néphrétique à gauche : les urines contenaient du pus et du sang et des débris épithéliaux constitués uniquement par des cellules éosinophiles que le cathétérisme uretéral montra provenir du rein gauche.

On fit la néphrectomie, le rein gauche présentant une bosselure d'un diamètre un peu supérieur à celui d'une pièce de deux francs, de couleur jaunâtre, ressemblant à un noyau cancéreux. L'examen microscopique montra que ce noyau était constitué par un foyer inflammatoire de néphrite interstitielle infiltré de cellules éosinophiles. Il existait en outre dans toute l'épaisseur du rein de multiples petits noyaux de constitution analogue. L'examen bactériologique fut négatif : l'origine de l'inflammation était certainement descendante. L'auteur a observé un cas analogue de noyaux de cellules éosinophiles dans un utérus qu'il avait extirpé comme atteint de cancer.

M. DESCHAMPS.

Action de l'anesthésie chloroformique sur la fonction rénale (H. THOMPSON, *The Brit. med. J.*, 17 mars 1906). — Des recherches faites sur ce sujet ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Le volume de l'urine sécrétée par les reins est en général affecté de deux manières pendant l'anesthésie chloroformique. Dans les premiers temps, lorsque l'anesthésie est légère, la quantité est souvent accrue.

Pendant l'anesthésie complète, la sécrétion est souvent diminuée et peut être supprimée. L'effet secondaire est toujours une augmentation considérable qui, dans certaines périodes

peut s'élever à quatre fois le volume normal pendant la même période de temps. La sécrétion atteint son maximum trois heures après la cessation de l'anesthésie. La quantité totale d'azote excrété est en général beaucoup réduite, plus que la quantité d'urine. Les moyennes prises dans les expériences avec diminution de volume de l'urine montrent que pendant la période anesthésique l'excrétion de l'azote tombe à 18 p. 100 au-dessous de la normale, tandis que la quantité d'urine dans la même série d'expériences a été réduite à 35 p. 100 de cette quantité. Dans un petit nombre d'expériences avec augmentation du volume des urines, l'azote total a été aussi augmenté pendant cette période mais à un degré beaucoup moindre que pour le volume des urines. L'urine éliminée pendant l'anesthésie chloroformique est presque invariablement plus diluée que l'urine normale, parce qu'elle contient moins d'azote. Cela est vrai, même lorsque le volume d'urine est diminué. L'auteur en conclut que le chloroforme affecte non seulement le courant sanguin à travers les glomérules mais aussi la sécrétion de matières azotées dans les tubuli.

Dans l'anesthésie prolongée avec diminution marquée du volume de l'urine, il y a une exsudation considérable de leucocytes dans les tubes du rein, leucocytes qui s'échappent ensuite dans l'urine. Cet état est probablement produit par une stase vasculaire plus ou moins grande dans les vaisseaux glomérulaires. L'excrétion des chlorures est très augmentée pendant et après l'anesthésie chloroformique. L'albumine s'est montrée dans quelques expériences après les inhalations de chloroforme. Les substances réductrices autres que le glucose, sont presque toujours augmentées, mais la nature de ces substances n'a pas été nettement déterminée.

L. JUMON.

Considérations cliniques sur trente cas de néphropexie (*Bullet. Société médico-chirurgicale de Modène*, 16 février 1906). — P. JIORI après avoir discuté la symptomatologie du rein mobile, spécialement au point de vue de ses retentissements appendiculaires et génitaux, relate les trente cas de néphroptose qu'il a traités chirurgicalement.

La mortalité fut nulle.

L'auteur; qui n'admet aucun rapport pathogénique entre le rein mobile et les affections utéro-ovariques, résume ainsi les indications de la néphropexie :

Le traitement chirurgical est absolument nécessaire :

1° Dans le rein mobile compliqué (albuminurie, hydronéphrose, cylindrurie, hématurie, étranglement rénal) ;

2° Dans les graves phénomènes gastro-entérobiliaires dépendant mécaniquement du rein ptosé ;

3° Dans les troubles douloureux et nerveux qui sont en rapport avec la néphroptose et ne sont pas justiciables d'un simple traitement orthopédique.

Le traitement chirurgical peut être parfois conseillé dans les cas qui sont susceptibles de s'améliorer avec le traitement orthopédique, même s'il n'existe pas d'altérations statiques des viscères qui sont plus en rapport directement avec le rein (estomac, voies biliaires, côlon, etc.).

Le traitement chirurgical est, au contraire, contre-indiqué :

1° Dans la splanchnoptose, sauf deux cas de graves lésions rénales (albuminurie, cylindrurie, etc.) ;

2° Dans les associations génitales, à titre de traitement de celles-ci, excepté les cas où les troubles génitaux dépendent plutôt d'altérations de l'état général que d'une lésion locale.

La néphropexie, enfin, peut être essayée en présence de symptômes graves, particulièrement nerveux, quand tous les autres traitements ont échoué; elle peut alors aider au diagnostic et avoir un effet suggestif, thérapeutique : il faut néanmoins n'y avoir recours qu'en toute extrémité, bien que cette intervention soit d'une bénignité presque absolue.

A. PERCIVAL.

Traitement de l'hématurie d'origine rénale, par BULLOCK (*The Practitioner*, mai 1906). — Le traitement de l'hématurie rénale dépend entièrement de la cause et est celui de la maladie causale. Les hémostatiques sont spécialement employés lorsque l'hémorragie est profuse. Le chlorure de calcium et l'extrait surrénal sont les deux médicaments les plus sûrs.

Le premier peut être donné à la dose de 2 grammes toutes les quatre heures. Si après six doses on n'a obtenu aucun effet, on donnera 0,30 d'extrait surrénal toutes les quatre heures, puis après trois doses, toutes les six heures. Pour obtenir une action immédiate, on injectera de l'ergotine; on peut recourir aussi à l'acétate de plomb, à la teinture d'hamamelis et à l'acide gallique.

Les affections des reins qui donnent lieu à l'hématurie sont la néphrite, certaines intoxications, des maladies du sang, les calculs, les tumeurs, les tubercules, les parasites, l'embolie, les traumatismes, les congestions, la ptose du rein, la syphilis. Les médicaments qui sont

spécialement irritants pour le rein, qui, en excès, peuvent causer l'hématurie, sont l'essence de térébenthine et les cantharides. Si l'hématurie est due à ces substances, on les supprimera et on prescrira le repos, les émollients comme l'eau d'orge et le citrate de potasse. L'usage excessif du cubèbe et du copahu peut aussi causer l'hématurie.

La fièvre jaune, le choléra, l'hémophilie, le purpura hémorragique et la leucémie sont des causes d'hématurie.

Dans le scorbut, l'hématurie cesse avec l'usage d'aliments frais. Dans la fièvre paludéenne, il vaudra mieux supprimer la quinine qui peut être la cause de l'accident.

Dans l'hématurie calculeuse, le malade doit garder le lit, et on prend les mesures chirurgicales nécessaires pour enlever le calcul, si celui-ci ne s'élimine pas et si l'hématurie persiste. Si l'hématurie dépend de la présence de cristaux uriques et de l'oxalurie, on donnera les diurétiques doux et de l'eau de Contrexéville. Le pipérazine est utile pour éliminer l'acide urique. L'adénome et l'affection kystique des reins affectent généralement les deux reins' le traitement ne peut être que palliatif. Si cependant on a la certitude par la cystoscopie qu'un seul rein est malade, on pourra enlever ce dernier.

Le papillome est rare et donne lieu seulement à une hématurie profuse ; on peut le soupçonner lorsque de violentes hématuries surviennent chez des vieillards, en l'absence de tout autre symptôme. On pourrait faire une incison exploratrice et enlever le rein en cas de lésions.

Les hématuries dans le cancer du rein sont intermittentes et très profuses, elles constituent avec le volume de la tumeur, le principal symptôme. Les hémostatiques indiqués arrêteront l'hémorragie.

Dans la tuberculose rénale, l'hémorragie survient surtout au début, elle est rare dans la tuberculose secondaire du rein. Si la santé générale est bonne et s'il est démontré que le sang ne s'écoule que par un seul uretère, on peut enlever le rein affecté. On se contentera de l'excision ou du curettage si la lésion tuberculeuse est légère. L'hématurie due parfois à un kyste hydatique s'accompagne habituellement de la présence de fragments de membrane dans l'urine. Le traitement consiste a énucléer le kyste on à enlever le rein, s'il est trop atteint. Dans les cas de traumatisme, il faut imposer le repos le plus complet. Si l'hématurie était profuse et continue, il faudrait faire une incision exploratrice, suturer le rein ou l'enlever, si la déchirure était trop profonde.

L'hématurie rénale peut parfois accompagner l'appendicite, par suite de la compression des veines rénales. La congestion excessive du rein peut être le résultat d'un violent frisson, d'un bain froid, de brûlures étendues. Le traitement consiste dans le repos au lit, des diaphorétiques et des émollients. Quand à l'hématurie rénale essentielle, l'auteur croit qu'elle tient à quelque lésion non diagnostiquée du rein.

L. JUMON.

Traitement de la néphrite, par STRASSER et BLUMENKRANZ (*Berliner klin. Wochenschrift*, 2 avril 1906). — Les auteurs font remarquer que l'excitabilité réflexe du rein est extrêmement accusée : les influences thermiques ou mécaniques, mêmes minimes, suffisent pour modifier la circulation de l'organe et indirectement la diurèse. Si donc on veut supprimer l'excitabilité du rein, il faut soumettre la surface cutanée à l'action d'un milieu constant, en supprimant ainsi toute excitation. On y arrive en plongeant le sujet dans un bain prolongé à 34-35°, de une heure à une heure et demie de durée. On obtient ainsi une augmentation de la diurèse, de l'élimination de l'azote et du chlorure de sodium : l'albuminurie est influencée aussi dans un sens favorable. On peut donner jusqu'à deux bains par jour. Il n'est pas prudent de prolonger la durée de ces bains, car on provoque des céphalées.

E. VOGT.

Traitement de la néphrite chronique, par Samuel WEST (*Soc. méd. de Londres*, 26 février 1906). — Dans une communication sur ce sujet, l'auteur montre que la régénération cellulaire est le principal facteur en jeu dans la convalescence de la néphrite, et tout le problème consiste à la provoquer. Il est très important à ce point de vue de stimuler les sécrétions par d'autres voies éliminatrices. Lorsque l'albuminurie persiste à faire défaut, on peut considérer la maladie comme guérie. Dans l'idée d'aider à la régénération cellulaire, on a souvent employé le régime lacté pendant trop longtemps. Il est au contraire avantageux pour le malade de changer de régime. L'alcool et l'extrait de viande sont spécialement contre-indiqués. Les œufs sont absolument permis et les viandes blanches ne sont pas préférables aux rouges. L'air pur a une grande importance pendant la convalescence. Dans le rein granuleux, le traitement varie avec la période de la maladie. Dans les débuts il n'est pas nécessaire d'imposer un régime sévère. Dans les périodes d'état de la maladie avec hypertrophie du cœur, il

faut se mettre en garde contre les accidents d'asthénie cardiaque, de ruptures vasculaires et de poussées aiguës du côté des reins. Dans les dernières périodes, la tension du pouls fournit d'utiles indications pour le traitement, et il faut s'efforcer de la maintenir à son niveau ordinaire propre à chaque malade. La pilocarpine est un médicament très utile, et contre l'insomnie, la céphalée et les premiers symptômes urémiques, la cannabis indica est un sédatif précieux. Contre l'asthénie, l'urémie, etc., l'auteur croit qu'on peut employer avec avantage l'extrait de rein, car les résultats obtenus sont suffisamment encourageants pour justifier son emploi.

Lander Brunton recommande l'usage du strophantus avec les nitrites contre la faiblesse cardiaque dans la période d'état de la maladie. Havilland Hall préconise le régime lacté pendant trois ou quatre semaines. Il préfère les viandes légères aux viandes de boucherie pour les malades ; contre la céphalalgie il emploie de petites doses de trinitrine lorsque la tension sanguine est élevée. L. JUMON.

Néphrite lithiasique polykystique, anurie, décapsulation, par PATEL (*Annales des mal. des org. gén. urinaires*, 1er février 1906). — Il s'agit d'une malade qui présentait de l'anurie depuis six jours pour laquelle on fit une décapsulation aussi complète que possible du rein obstrué, la néphrotomie étant rendue difficile par les adhérences intimes de la glande au feuillet pariétal du péritoine.

A la suite de l'opération, la malade rendit des urines abondantes pendant trois jours, puis l'anurie récidiva et la maladie se termina par la mort dans le coma. Les deux reins contenaient des calculs dans leurs bassinets ; ils présentaient des lésions de néphrite chronique et étaient criblés de kystes innombrables de dimensions variables, faisant saillie à la surface de l'organe.

L'auteur pense qu'il s'agit de kystes d'origine néphrétique et non d'une maladie kystique, car dans cette dernière affection le rein ne renferme pas de calculs; ici il y avait des lésions manifestes de néphrite et pas de dégénérescence kystique du foie. Dans ce cas où on ne pouvait faire la néphrotomie à cause de l'impossibilité d'extérioriser le rein, il était indiqué de faire la décapsulation qui a été suivie dans cette observation d'un succès partiel; néanmoins la néphrotomie reste l'opération de choix. M. DESCHAMPS.

Néphrite scarlatineuse, traitement préventif, par LOEWENBERG (*J. Am. med. Ass.*, 17 mars 1906). — Dans la scarlatine, les fonctions de la peau sont presque complètement supprimées, ce qui fait que les reins sont surmenés par l'élimination des substances toxiques. La constipation, une erreur de régime et l'action du froid sont les facteurs les plus importants de la néphrite chez les scarlatineux, surtout chez les sujets prédisposés et anémiques. Comme traitement préventif, l'auteur insiste sur une bonne aération, sur la constance d'une température bien réglée à 20°. Le régime lacté doit être mitigé à la fin de la maladie et on y ajoutera des légumes, des fruits et des farineux. Les jus de fruits sont laxatifs et tendent à diminuer l'acidité urinaire. L'examen de l'urine doit être pratiqué tous les jours, surtout lorsqu'on modifie le régime, et dès que l'albumine apparaît, on reviendra au régime lacté absolu. Les seuls médicaments qui aient quelque valeur pour prévenir les complications rénales, sont les alcalins et les laxatifs. On a recommandé 0,30 à 0,60 centigrammes de citrate ou d'acétate de potasse. De petites doses de calomel doivent être données à des intervalles de trois ou quatre jours pendant le cours de la maladie, on les fait suivre d'une petite dose de sulfate de magnésie.

L. JUMON.

L'helmitol dans la néphrite scarlatineuse (*Gazzetta d. Ospedali e Cliniche*, n° 30, 1906). — L. MISBROCCHI, pour prévenir la néphrite des scarlatineux, préfère à l'urotropine l'helmitol qui est doué d'une action antiseptique plus marquée, et peut être prescrit à doses très élevées sans produire de troubles intestinaux. Il a traité par l'helmitol 15 scarlatineux dont 4 assez gravement atteints.

La dose d'helmitol administrée a été de 0 gr. 10 à 0 gr. 50 par jour, selon l'âge du malade, dissous dans l'eau sucrée, à prendre en cinq fois : le traitement fut continué pendant quatre jours, et repris pendant une semaine après un repos de dix jours. Tous les deux jours on fit un examen microscopique et chimique des urines. Dans 14 cas on ne trouva jamais ni albumine, ni cylindres ; chez un quinzième malade, très gravement atteint, des traces d'albumine se montrèrent la dixième journée de maladie : il suffit de reprendre l'helmitol pour les faire disparaître. Ces résultats sont très satisfaisants puisque les autres malades n'ayant pas reçu d'helmitol présentèsent de la néphrite dans 25 p. 100 des cas.

Il ressort de ces observations que l'helmitol est réellement un énergique désinfectant urinaire et qu'il peut sans inconvénient être donné à des enfants. Il n'a pas d'action irritante sur l'intestin ou sur le rein.

Bien qu'il soit dépourvu de toute action diurétique et ne présente pas d'action antiscarlatineuse spécifique, il réussit à prévenir les complications rénales si fréquentes dans cette affection. A.-L. PERCIVAL.

Pédiatrie,

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Vomissements acétonémiques chez un enfant : pathogénie et traitement, par BAYRAC (*Journal des praticiens*, 14 avril 1906). — Pour l'auteur, cette affection est due au neuro-arthristisme, et la cause déterminante est, le plus souvent, une surexcitation du système nerveux. Il est probable que la cellule nerveuse irritée perd une grande partie de ses principes minéraux, et qu'en lui permettant de les réassimiler on obtient une tonification qui fait disparaître les crises de vomissements.

L'auteur base cette pathogénie sur un cas de vomissements acétonémiques guéri par le traitement de Châtel-Guyon.

E. VOGT.

Le « Sic » dans le traitement de la coqueluche, par G. ZANETTI (*Rendiconti Assoc. medico-chirurgica di Parma*, n° 1, 1906). — Le « Sic » est un extrait des substances corticale et médullaire des capsules surrénales préparé par le Dr Zanoni (de Gênes) et conseillé dans le traitement de la coqueluche. L'auteur vient de traiter 19 coquelucheux par ce produit : les résultats ont été bons dans 13 cas, dont 4 assez graves.

Dans tous les cas, le « Sic » a exercé une action manifestement utile sur les vomissements et sur la violence des accès.

Ce n'est pas encore un médicament réellement spécifique, bien que des cas très graves puissent être guéris ainsi bien plus rapidement qu'avec les autres traitements. Le « Sic », d'après sa composition, n'agit que sur un seul des symptômes de l'accès : l'hyperémie de la muqueuse des premières voix respiratoires.

Dans tous les cas où le « Sic » n'a pas réussi il existait des complications et tous les autres médicaments conseillés (bromoforme, belladone, bromure, etc.), avaient également échoué. L'organisme s'habitue rapidement au remède, mais il est bon toutefois de commencer avec de petites doses et d'augmenter de quelques gouttes tous les deux ou trois jours.

A.-L. PERCIVAL.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Empoisonnement par les emplâtres belladonés, par DOLAND (*Amer. J. of the med. sc.*, avril 1906). — Il peut résulter des symptômes sérieux à la suite de l'application d'emplâtres belladonés que le malade s'applique parfois sans prendre l'avis du médecin. L'auteur cite quatre cas de ce genre. Le premier est celui d'un homme de quarante-sept ans, qui fut transporté à l'hôpital dans un délire intense. Les pupilles étaient dilatées et ne réagissaient plus à la lumière, une éruption érythémateuse couvrait la poitrine et le dos. Quatre emplâtres belladonés étaient appliqués sur les épaules et le dos. La bouche et la langue étaient sèches, le pouls rapide, à 144, avec 28 respirations. Le diagnostic fut fait d'après l'état des pupilles, l'érythème, la sécheresse de la bouche et la présence des emplâtres. Trois heures après l'enlèvement des emplâtres, l'agitation avait cessé et les autres accidents disparurent les jours suivants. Deux des emplâtres avaient été appliqués depuis huit jours, les deux autres plus récemment après une forte friction de la peau.

Le deuxième malade, atteint de douleurs supposées rhumatismales, s'était appliqué deux emplâtres belladonnés dans le dos et était tombé dans un état de stupeur faisant soupçonner une attaque d'apoplexie, le pouls était rapide et la face était rouge; un érythème recouvrait la partie supérieure du corps. Tous les accidents disparurent en deux jours après qu'on eût enlevé les emplâtres.

Dans un troisième cas, l'emplâtre qui avait été appliqué sur la région antérieure de la poitrine pour une bronchite donna lieu à des accidents analogues.

L. JUMON.

Quelques observations sur l'emploi de l'adrénaline à l'intérieur, par KREUZFUCHS (*Win. med. Presse*, 29 avril 1906). — Les médications de l'adrénaline à l'intérieur sont encore très limitées. L'auteur l'a employée dans un cas d'hémicranie de forme angioparalytique. La céphalalgie a cédé au bout d'une demi-heure, le sommeil est revenu et la malade s'est réveillée sans fatigue. Mais l'auteur constate que le médicament échoue dans les simples céphalalgies. Il va sans dire que l'adrénaline est contre-indiquée dans la forme angiospastique.

Dans un cas de dyspepsie nerveuse accom-

pagnée d'accès douloureux, avec nausées, renvois aigres, un demi-milligramme d'adrénaline en pilule, a suffi pour dissiper les troubles en un quart d'heure. Sans être un médicament contre ces divers troubles, l'adrénaline peut dissiper momentanément des symptômes pénibles. Elle semble supérieure aux autres médicaments pour combattre les nausées et les vomissements. L'augmentation de la pression sanguine constitue une contre-indication au traitement qui d'ailleurs ne peut être continué pendant longtemps. L. JUMON.

Action de l'alcool sur l'élimination de l'acétone, par OTTO NEUBAUER (*Munch. med. Woch.*, 24 avril 1906). — Depuis que de nombreuses recherches ont rendu vraisemblable l'importance étiologique de l'apparition de grandes quantités de corps acétoniques (acétone, acide diacétique, oxybutyrique) dans l'urine, on s'est efforcé d'utiliser cette notion pour la prophylaxie et le traitement de cette grave complication du diabète. En s'appuyant sur l'hypothèse que les corps acétoniques agissent surtout par une intoxication acide, on en est arrivé à donner de grandes quantités d'alcalin pour neutraliser les acides et favoriser leur élimination par les reins. Comme les résultats de ce traitement ne sont pas très encourageants dans la pratique, on peut se demander si l'on ne réussirait pas à empêcher d'abord la production de ces substances nuisibles. Pour y arriver, on a préconisé de restreindre l'ingestion des graisses qui favorisent la transformation des acides gras en corps acétoniques. Mais l'exclusion complète des corps gras du régime chez le diabétique aboutirait bientôt à une véritable inanition. On a proposé alors d'augmenter la proportion des hydrates de carbone ordinaire, mais alors on augmente l'hyperglycémie.

On pourrait résoudre la difficulté si l'on parvenait à trouver des substances qui empêchent à l'égal des hydrates de carbone la formation des corps acétoniques, sans augmenter la glycosurie existante. En fait, on a déjà trouvé quelques substances de ce genre, par exemple la xylose, la mannite, la glycérine, l'acide glyconique. Jusqu'à présent, ce dernier seul semble avoir été employé dans la pratique. Un diabétique de Schwarz put traverser deux attaques graves de coma. Mais ces substances ne conviennent guère à un emploi prolongé, soit à cause de leur mauvais goût, soit à cause de leur action purgative ou même de leur prix élevé.

Partant de ces données, l'auteur a cherché si l'alcool qui peut fournir à l'organisme de grandes quantités d'énergie ne pourrait pas remplacer les hydrates de carbone et diminuer l'acidose. Il a ainsi donné à des diabétiques qui éliminaient de grandes quantités de corps acétoniques par suite de la suppression des hydrates de carbone une certaine quantité de vin correspondant à 65-135 grammes d'alcool par jour. Or, chez quatre malades il a observé une diminution considérable dans l'élimination de l'acétone, de l'acide oxybutyrique et de l'ammoniaque, en même temps la glycosurie a diminué. En fait, la diminution du sucre a souvent été observée après l'usage du vin. Après avoir supprimé l'alcool chez les malades, l'élimination des corps acétoniques a augmenté de nouveau. L'action n'est pas aussi nette chez les malades qui n'éliminent que de faibles quantités d'acétone. Ces résultats autorisent donc à recommander des quantités modérées de vin pour combattre l'acidose diabétique grave dans les cas où il n'y a pas de contre-indication spéciale.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Hôpital Lariboisière. — *Conférences de pratique médicale, thérapeutique et déontologie.* — M. le Dr P. Le Gendre reprendra ses leçons le samedi 19 mai, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre, et continuera les samedis suivants.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau a repris ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le jeudi 10 mai, à 9 heures, dans la salle des conférences, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Hôpital de la Pitié. — M. Paul Dalché a commencé ses leçons de gynécologie médicale le jeudi 3 mai, à 10 heures (laboratoire de la salle Serres), et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie. — Le Dr Guisez, ancien interne des hôpitaux, recommencera, le *mardi 22 mai 1906 à 3 h. 3/4*, son *cours pratique d'oto-rhino-laryngologie* (amphithéâtre

Chomel). Le cours comprendra 10 *leçons*, essentiellement pratiques (diagnostic, examen des malades, petites interventions) et aura lieu les mardi, jeudi et samedi à 3 h. 3/4.

S'inscrire à la consultation laryngologique de l'Hôpital, les mardis et samedis de 5 heures à 6 heures. (Droits d'inscription : 30 fr.)

Enfants-Malades. — *Cours de clinique chirurgicale infantile* : Professeur, M. Kirmisson. — MM. les docteurs Tridon et Auffret, chefs de clinique, commenceront, le lundi 14 mai 1906, à 2 heures, un cours de clinique annexe sur la Chirurgie infantile et orthopédique. Le cours aura lieu tous les jours à la même heure (salle de gymnastique orthopédique), et comprendra 30 leçons. Droit à verser : 50 francs. S'adresser au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Congrès pour la répression de l'exercice illégal de la médecine (Loi du 30 novembre 1892). (Paris, 28 au 31 mai 1906.) — Le Congrès pour la Répression de l'exercice illégal de la médecine doit s'ouvrir à Paris, le 28 mai, sous la présidence de M. le professeur Brouardel ; il se tiendra dans la salle des examens de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, et il y aura deux séances par jour.

Association internationale de la Presse médicale. — La deuxième assemblée générale de l'Association s'est réunie à Lisbonne, sous la présidence du Dr Cortezo, dans les locaux de la nouvelle Ecole de Médecine, les 17 et 18 avril 1906 : la session a comporté trois séances. L'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, le Brésil, l'Espagne, la France, la Hollande, le Mexique, le Portugal y étaient représentés.

Le bureau a été renouvelé et composé ainsi qu'il suit : *Président* : professeur Karl Posner (Berlin) ; *Vice-Présidents* : professeur Ascoli (Rome) ; Dr Dejace (Liège) ; professeur Bombarda (Lisbonne) ; *Secrétaire-général* : Dr Raoul Blondel (Paris) ; *Secrétaire général adjoint et Trésorier* : Dr Dawson Williams (Londres).

Voici le texte des principales résolutions adoptées : 1° L'article 5 des statuts fixant le siège social de l'Association à Bruxelles, est modifié : le siège social sera désormais au lieu de résidence du secrétaire général, c'est-à-dire actuellement à Paris, et, jusqu'à nouvel ordre, au Bureau des renseignements de la Sorbonne. 2° Dans le but de lutter contre le développement des journaux gratuits, l'Association recommande à tous les journaux adhérents d'insérer sur la première feuille de chacun de leurs numéros la mention suivante : « La reproduction des articles originaux contenus dans ce numéro est formellement interdite à tout journal ou revue ne faisant pas partie de l'Association internationale de la *Presse médicale* » (Proposition de M. Cornil). 3° Pour faciliter le travail des rédacteurs, et dans l'intérêt même des auteurs, il est désirable que chaque mémoire original soit toujours accompagné d'un résumé en quelques lignes, faisant ressortir les faits nouveaux, les idées nouvelles qu'il apporte. Ces résumés, qu'il faut mieux demander à l'auteur lui-même, ou, qu'à son défaut, la rédaction devra établir, seront placés soit à la tête ou à la fin de l'article s'y rapportant, soit dans une partie spéciale du journal, soit même sur une feuille détachée, dans ce cas envoyée uniquement aux rédactions des journaux médicaux. La reproduction intégrale du simple texte de ces résumés doit être interdite (Proposition de M. Blondel). 4° Les Associations affiliées à l'Association internationale devront, chacune dans leur pays, entreprendre une action auprès des pouvoirs publics pour obtenir que la publication d'articles réclames sous la signature ou le pseudonyme d'une personne n'ayant pas le droit d'exercer la médecine, soit assimilée à un exercice illégal et poursuivie par la loi. La prochaine réunion du Comité permanent aura lieu à Londres, en août 1907.

BIBLIOGRAPHIE

La lutte antituberculeuse en France, par le Dr R. Dehau et R. Ledoux-Lebard. 1 vol. petit in-8° de XXVI-271 pages, broché, (Masson et Cie, éditeurs), 3 fr, 50.

Dans le monde médical comme en dehors de lui, l'occasion de placer un tuberculeux ne se rencontre, hélas ! que trop fréquemment. Malheureusement cela demeurait jusqu'à présent une tâche aussi difficile qu'embarrassante. Il n'existait, en effet, aucun ouvrage récent et d'usage commode qui permît à chacun, par ses indications, de choisir pour le malade, riche ou pauvre, l'établissement le mieux approprié à sa situation et à son état. MM. Dehau et Ledoux-Lebard viennent de combler heureusement cette lacune.

Ils se sont efforcés de grouper sous une forme pratique tous les renseignements rela-

tifs aux œuvres antituberculeuses françaises gratuites ou payantes, publiques ou privées, que le médecin ou le philanthrope peuvent avoir intérêt à connaître. Ils décrivent successivement les institutions réservées aux enfants et aux adolescents, celles qui s'adressent seulement aux adultes et enfin celles qui envisagent à la fois plusieurs côtés du problème antituberculeux. Des tableaux synoptiques placés au début du volume permettent de trouver immédiatement, pour chaque cas particulier, les œuvres entre lesquelles devra se restreindre le choix. L'ouvrage ne devant pas s'adresser au seul public médical, les auteurs ont résumé aussi dans ces tableaux toutes les indications hygiéniques et prophylactiques généralement admises et d'application facile qui sont aujourd'hui la base de toute action efficace et raisonnée de tout traitement.

L'intérêt sans cesse croissant qui s'attache justement et dans les milieux les plus divers à la question de la tuberculose, l'extension considérable qu'a prise dans notre pays la lutte contre ce fléau social donnent à l'ouvrage de MM. Dehau et Ledoux-Lebard un grand intérêt d'actualité. C'est, en effet, le tableau le plus complet que nous possédions de l'état présent de la lutte antituberculeuse en France, et à ce titre il intéressera tous ceux que préoccupent les progrès et le succès de cette lutte, tandis qu'il constitue aussi pour les médecins et pour les philanthropes soucieux de l'intérêt de leurs malades ou de leurs protégés un guide précieux, un auxiliaire indispensable.

Le Poignet et les accidents du travail, par le Docteur DESTOT, chef de Laboratoire de Radiographie des Hôpitaux de Lyon. — VIGOT frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine. Un volume in-18 jésus, avec 43 figures, 2 fr. 50.

Le rôle extraordinaire qui est dévolu à la première rangée des os du carpe dans la physiologie pathologique des lésions traumatiques du poignet, domine tout ce travail. L'auteur démontre par l'étude des luxations et fractures de l'extrémité inférieure du radius quelle importance considérable il faut attacher au jeu des osselets de la première rangée.

La loi de 1898 sur les accidents du travail a obligé les chirurgiens à se préoccuper davantage des lésions traumatiques du membre supérieur, et la nécessité de formuler un pronostic et de préciser la quotité des indemnités permanentes a permis de retrouver des malades qui, se sachant protégés par la loi et ne trouvant guérison ni auprès des rebouteurs ni auprès des chirurgiens, reviennent à chaque instant faire valoir leur infirmité. Cette cause a donc permis de voir à plusieurs reprises des malades qui souvent disparaissaient et échappaient à l'observation, ayant épuisé tous les recours. La coïncidence de la découverte de la radiographie et de son application presque à la même époque a fourni des documents de premier ordre.

Les idées que l'auteur soutient ici découlent naturellement d'une étude radiographique qui porte sur plusieurs centaines de clichés de fractures de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras et sur une centaine de lésions complexes du poignet, qu'il a pu recueillir, soit dans les hôpitaux de Lyon, soit dans la clientèle privée.

C'est la radiographie seule qui a permis à l'auteur de mettre au jour ce travail et de dégager des groupements cliniques. Si l'on veut bien suivre l'exposition un peu aride de ce sujet, les nombreux schémas intercalés dans le texte aidant, on pourra tirer de ces données radiographiques des signes cliniques et une méthode d'examen tels que le praticien doit arriver à un diagnostic approximatif suffisant pour les besoins journaliers.

Annuaire général de l'hygiène et de la salubrité, par M. JULES VINCENT. Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince, 1905, 1 vol. in-8°, 700 pages. Prix, 10 francs.

L'*Annuaire général de l'Hygiène et de la Salubrité* est destiné à combler une lacune considérable des publications sanitaires.

La première partie reproduit les lois, décrets, circulaires relatifs à la protection de la santé publique ; les textes qui réglementent l'hygiène des travailleurs, l'hygiène coloniale, l'hygiène militaire, en un mot toutes les branches de cette science si vaste.

La deuxième partie donne la composition des grands services d'hygiène de France : Ministères de l'Intérieur, du Commerce, de la Guerre, de l'Agriculture, etc., avec l'indication des noms et adresses des membres des commissions et conseils; puis l'organisation des services d'hygiène départementaux ou communaux dans nos départements, avec les mêmes indications de personnes.

La troisième partie est réservée aux sociétés d'hygiénistes, d'architectes, de médecins, qui s'occupent de ces questions.

On trouve en outre dans ce volume les renseignements utiles sur les produits sanitaires, le matériel de désinfection, etc., etc.

Il est utile à tous, fonctionnaires, industriels ou commerçants.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La Prophylaxie de la diphtérie dans les stations balnéaires. — M. Dubief, avant de quitter le ministère de l'Intérieur, a adressé à toutes les communes une circulaire relative aux mesures préventives qui doivent être prises dans les cas de diphtérie, conformément à la loi du 15 février 1902. Elle avait été dictée par les motifs suivants : Le docteur Vaucaire, à la suite d'incidents qui s'étaient produits à la fin de la saison dans une station balnéaire, avait réclamé du Conseil supérieur d'hygiène et de M. Mirman, directeur de l'hygiène publique, une enquête médicale ayant pour but de vérifier les allégations qu'il avait produites au sujet de cas de diphtérie. M. Mirman a déclaré à la Chambre qu'il avait chargé le docteur Renault, inspecteur général des services sanitaires, médecin des hôpitaux, de procéder sur place à cette enquête, que des cas de diphtérie assez nombreux s'étaient réellement manifestés, et qu'un service de désinfection avait été organisé par la municipalité qui avait pris toutes les mesures pour empêcher la contagion de s'étendre. L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, s'est occupée de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les stations balnéaires, afin que certains pouvoirs soient donnés aux médecins en vue de l'isolement des malades et de la désinfection.

Le huitième voyage d'études médicales aura lieu sous la direction scientifique du professeur LANDOUZY, du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (Sanatorium), Évan, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Salins-Moutiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage.

Le programme détaillé sera publié en mai 1906.

Douze Bourses de Voyage sont données au V. E. M. de 1906 par : le professeur HENROT — les Administrations des Eaux minérales de : Châtel-Guyon, Évaux-les-Bains, Évian (4 bourses), Pougues, Royat, Vichy — le Conseil municipal des Eaux-Bonnes — la Compagnie générale des Eaux Minérales et Bains de Mer.

Elles sont attribuées par leurs fondateurs à :

1° Un médecin anglais, un médecin belge, un médecin danois, un médecin italien ; 2° deux médecins, membres du Concours médical de l'Association générale des médecins de France ; 3° deux internes des hôpitaux de Paris ; 4° un étudiant de la Faculté de Bordeaux, un de Lyon, un de Paris, un de Reims.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris, ou à M. le Dr JOUAUST, 19, rue du Colisée, Paris.

Les Farines dans le Régime. — On sait, depuis les travaux du docteur Combe, de Lausanne, la place importante que tiennent les farineux dans le régime alimentaire des malades atteints d'une affection gastro-intestinale.

Il est intéressant, cependant, de signaler la cause des insuccès que trop souvent on observe à la suite de l'emploi des farines, tant chez les adultes que chez les enfants.

Les farines qui proviennent de céréales n'ayant jamais subi aucune manipulation préalable, recèlent de nombreuses impuretés, que le grain ramasse depuis l'époque de la récolte jusqu'au jour de la mouture.

On trouve sur son enveloppe : des larves d'insectes, des champignons, des moisissures, de nombreux micro-organismes d'espèces très variées, parmi lesquelles figurent celles qui passent pour provoquer les gastro-entérites ; la plupart de ces éléments se conservent admirablement dans la farine sèche et s'y développent. De là, la nécessité de soumettre le grain à un nettoyage préalable, qui, tout en éliminant les micro-organismes pathogènes, ne nuise ni aux ferments qui doivent rester dans la farine, ni à la valeur nutritive de cette dernière.

Voici comment Defresne, qui a étudié cette question avec soin, fait procéder pour la fabrication de la Farine maltée.

On prend du Blé blanc de France, dit Blé de semence ; on le monde avec soin de toutes graines étrangères, et on le lave dans un réservoir émaillé avec dix fois son volume d'eau de source, qu'on laisse couler librement sur le grain. On brasse constamment afin que la friction des grains entre eux détache toutes les matières étrangères. Ce lavage dure plusieurs jours; lorsque l'eau n'entraîne plus rien, on dépose les grains dans un germoir très propre, à l'abri de la lumière.

Lorsque la germination est suffisante pour donner le maximum de malt actif, on sèche rapidement à la température de 30 à 40°.

Le produit sec est moulu au moulin Schweitzer et bluté; de la sorte, il conserve tous les principes actifs du malt.

La Farine, ainsi préparée, est additionnée de la moitié de son poids de jaunes d'œufs frais et séchée rapidement à 40°. Après un nouveau broyage et blutage, on l'additionne d'une petite quantité de phosphate de chaux bicalcique et de sucre pulvérisé dans lequel on a fait séjourner des gousses de vanille givrée.

Le produit ainsi obtenu contient toutes les diastases produites au cours de la germination : ainsi s'explique sa remarquable digestibilité. Quant au reste, la nature de ses matériaux de constitution rend suffisamment compte de sa haute valeur nutritive.

La Farine maltée de Defresne rend ainsi de très grands services aux malades de tous âges dans le traitement des gastro-entérites et dans le régime des convalescents, et se recommande tout particulièrement à l'attention des médecins aux époques de l'année où tant d'enfants sont victimes d'affections intestinales saisonnières.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement.
Par le Dr **F. Lagrange.**
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Étude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 volume in-8°..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par **Allyre CHASSEVANT**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand in-8°, avec gravures..... 10 fr.

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE
(MANIFESTATIONS ET CHIRURGIE)
Par le Dr **H. DURET**
Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille.
Un fort vol. gr. in-8 de 800 pages, avec 297 fig. dans le texte..... 20 fr.

Nous prions nos lecteurs et nos abonnés d'excuser le retard considérable subi pour l'apparition de ce numéro, retard imputable encore à la grève des typographes, laquelle n'est pas encore terminée à l'heure actuelle.

N. D. L. R.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA THÉRAPEUTIQUE LOCALE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES (1)

(*Les thérapeutiques locales.*)

(Suite.)

Par M. le Dr A. Charrin (Paris).

Professeur au Collège de France, Médecin des hôpitaux.

VII

Thérapeutique locale proprement dite

A. *La vraie thérapeutique locale : le médicament uniquement introduit dans la zone malade.* — *Procédés.* — Ce qu'avant tout recherche la thérapeutique locale, c'est de faire pénétrer le médicament exclusivement dans le territoire morbide; c'est là le but poursuivi par le professeur Bouchard : nous lui empruntons une observation très démonstrative.

Obs. — Un homme affecté de rhumatisme partiel du genou, avec tendance à la chronicité, était retenu au lit depuis deux mois; en six semaines il n'avait en aucune façon bénéficié d'un traitement soit local, soit général : 20 centigrammes de salicylate, injectés en une seule séance, lui ont permis de se lever le jour même et le lendemain il était guéri.

Dans une série de polyarthrites aiguës, fébriles ou apyrétiques, 5, 10, 20 centigrammes de ce médicament ont supprimé rougeur, douleur, épanchement, impotence. Conformément à ce qui se passe habituellement, l'effet favorable n'a porté que sur la jointure traitée; les autres ne sont nullement modifiées; elles ignorent ce qui s'est fait à côté d'elles. Il se peut même que de nouvelles arthrites se produisent; elles n'influencent pas celle qui guérit, de même qu'elles ne sont pas influencées par elle. On améliore au choix une des articulations; les autres restent malades ou peuvent le devenir. Il apparaît ainsi manifestement que cette action demeure localisée aux tissus baignés par les particules de la solution salicylée, particules qui, d'après nos propres expériences, se fixent sur les éléments anatomiques, se soudent, s'incorporent à ces éléments.

Faite dans l'eau distillée à 3 p. 100, par ce titre cette solution se trouve isotonique relativement au sang. L'injection est pratiquée en pleine cavité synoviale, procédé facile pour

la plupart des grandes articulations, surtout quand, condition fréquemment réalisée, elles renferment déjà une certaine quantité de liquide capable de mettre en saillie les parties accessibles. Lorsque l'épanchement est trop abondant, avant de réaliser cette injection, on évacue une proportion donnée du contenu. Pour les jointures difficilement abordables, comme celles de la hanche, des vertèbres, on se contente parfois de déposer le médicament dans le voisinage. Suivant l'intensité de la flûxion, l'importance de l'article, etc., on varie le volume introduit, en général 3 à 5 centimètres cubes.

B. *Avantages et inconvénients de la méthode. — Observations.* — Ces injections sont fréquemment suivies d'une augmentation momentanée de la douleur, provoquée par la tension de la capsule, la susceptibilité individuelle, la rapidité de la pénétration du médicament. Mais promptement cette douleur s'atténue et, dans les cas moyens, disparaît pour ne plus revenir ; l'épanchement se résorbe d'autant plus vite qu'il est plus récent : quelquefois en vingt-quatre heures on voit s'achever cette résorption. Dans les formes très aiguës, pour amener une complète résolution, une seule intervention ne suffit pas; il est habituellement nécessaire, quelques jours plus tard, d'en pratiquer une seconde. La fièvre et les autres symptômes généraux continuent à évoluer; ils sont surtout marqués, quand en même temps existe une détermination viscérale.

Santini a observé une trentaine de sujets soumis avec succès à cette méthode. Cependant, deux fois, il a noté un échec, attribuable chez un malade à la nature tuberculeuse probable de l'affection.

La thérapeutique locale de la polyarthrite infectieuse aiguë a donc comme principales qualités la célérité de son action et la netteté de la sédation. Il convient d'ajouter l'avantage d'épargner le tube digestif et de n'introduire que de minimes doses. Quand, en effet, on administre 6 grammes de salicylate de soude à un individu de 60 kilogrammes, 1000 de l'économie reçoivent 0,10 et les 50 ou 100 composant l'article altéré tout au plus 0,01. Cette proportion est très faible; toutefois, il s'agit là d'un principe spécifique; de plus, il ne faut pas oublier que, pour être utile, un antiseptique ne doit pas forcément tuer le parasite; il suffit d'actionner sa pullulation, son fonctionnement, ses sécrétions morbifiques.

Malgré tout, il est juste de reconnaître le caractère douloureux de certaines réactions. Aussi les indications de cette méthode se bornent-elles aux malades atteints de tares rénales ou gastriques, d'accidents salicyliques, comme aussi d'intolérance hydrargyrique, car la syphilis bénéficie de ce procédé.

Obs. — Un homme atteint de gomme ulcérée du flanc avait été soumis à une cure par les deux médicaments isolés, autrement dit par l'iodure et le mercure, puis associés; en particulier, on avait utilisé les sels mercuriels injectés loin de la lésion. Le traitement général se montrant inefficace, au pourtour de cette lésion on pratiqua des injections d'iodure de potassium de 1, de 2 centimètres cubes, introduisant de 3 à 6 centigrammes. A la suite de sept interventions, la tumeur était affaissée et cicatrisée.

Obs. — Dans des conditions analogues, après suppression de ce traitement général demeuré sans effet, on vit une autre gomme se résorber grâce à la pénétration de 0,06 de KI.

Chez un malade souffrant d'une névrite, qui, relevant de cet agent vénérien, s'accompagnait d'ulcération trophique, cette même méthode fit disparaître les signes de cette névrite et provoqua la cicatrisation de cette ulcération.

Obs. — Une femme atteinte de syphilis grave précoce présentait sur diverses parties

du corps des condylomes profondément ulcérés. Elle fut soumise à la cure d'ensemble par les deux médicaments, administrés par les diverses voies d'introduction. Au bout d'un mois, il y avait intolérance absolue ; l'estomac ne supportait plus les principes iodurés ; les injections de benzoate, puis de cyanure de mercure provoquaient des nodosités du volume d'une noix. Bref, aucune amélioration ne s'étant produite, on supprima cette cure d'ensemble qui se montrait ainsi inefficace et nuisible.

Sur quelques tumeurs à doses minimes, on fit des injections d'iodure de potassium et de biiodure de mercure : en trois jours, à la suite d'injections faites à sa base, un condylome céda. Toutefois, pendant ce temps, d'autres productions semblables ont paru indifférentes à cette thérapeutique locale et ont évolué ; parallèlement, la faiblesse s'est accentuée ; la chute des cheveux a reparu.

Le résultat de l'intervention dit ici ce qu'elle engendre ; elle guérit ce qu'un traitement général n'a pas guéri, mais elle est sans action sur les tissus éloignés ; elle n'empêche pas la progression des lésions limitées qui ne sont pas traitées, ni le retentissement sur tout l'organisme de la maladie abandonnée à elle-même.

VIII

Expériences établissant la destinée des médicaments utilisés dans la thérapeutique locale.

Destinée locale des médicaments employés. Expériences. — Le médicament dont on se sert semble s'épuiser dans la sphère malade ; aucune parcelle ne paraît aller au delà. Ce résultat tient à ce que la substance chimique utilisée se greffe sur les éléments anatomiques, se soude, s'incorpore à ces éléments ; ce phénomène explique, en outre, la durée de l'action. Dans ces conditions, cette substance se comporte en quelque sorte à la façon d'un produit insoluble ; or, on sait les avantages de ces produits. De nombreuses expériences nous ont permis d'établir la réalité de ces incorporations, tout au moins de ces juxtapositions cellulaires.

C'est ainsi que l'addition de la papaïne à des cultures du bacille subtil permet de fixer cette diastase sur les corps microbiens. Cette fixation est tellement intime qu'assez vite les eaux de lavage des produits de ces cultures retenus sur un filtre cessent d'entraîner toute parcelle diastasique, alors que ces corps microbiens continuent à fournir les réactions caractéristiques de cette diastase.

S'inspirant de ces données, et suivant toujours la même technique, à des lapins d'un premier groupe on inocule, par animal, 3 centimètres cubes dans les veines et 4 centimètres cubes sous la peau d'une culture de bacilles subtils rendus, en dehors de toute intervention de la papaïne, légèrement virulents ; à des animaux d'un deuxième groupe on injecte ce même germe provenant d'une culture additionnée de 5 p. 100 de papaïne ; Des sujets d'un troisième groupe reçoivent simplement de semblables proportions de cette diastase.

En général, ce sont les lapins infectés par le bacille subtil seul qui, tout d'abord, maigrissent le plus ; puis, dans les conditions de virulence et de toxicité où nous nous sommes placés, souvent ces lapins du premier groupe ne tendent pas à se remettre, alors que ceux du second, imprégnés par la culture papaïnée, continuent à dépérir et succombent.

Quant aux animaux soumis à l'exclusive influence de la papaïne, ils offrent des accidents à peine appréciables. La culture et la coloration des coupes montrent que les organes des lapins contaminés par les agents chargés de principe diastasique sont ceux qui contiennent le plus de bacilles; ce sont aussi ces organes qui, comparés après une égale survie, à ceux des autres sujets, sont les plus altérés.

Comme chez les animaux soumis à l'action des microbes dépourvus de papaïne, dans les viscères de ces lapins du deuxième groupe, on observe des ébauches d'hypérémie inflammatoire péri-vasculaire; en outre, uniquement chez ces lapins infectés par des bactéries papaïnées, en particulier dans le foie, à la périphérie des lobules, on décèle des zones assez nettement délimitées, dont les cellules, incapables de retenir les matières colorantes, semblent avoir subi, grâce à la papaïne fatalement mise en liberté par suite de la désagrégation des bacilles, une sorte de digestion.

Impuissants à sécréter des toxines suffisantes pour agir manifestement à distance, ces bacilles interviennent à l'aide de ces poisons adhérents; autant naissent de colonies microbiennes, autant se développent de foyers pathologiques. Une foule de processus locaux constituent la maladie générale. Cette maladie générale est pour ainsi dire formée par une série d'affections limitées.

On sait que les produits solubles bactériens sont modifiés par des diastases. Avec Lefèvre j'ai établi le fait pour la toxine diphtérique et la pepsine. Nencki, Sieber, Schoumow, Simanovsky ont repris et étendu ces études; ils ont vu que la pancréatine est encore plus active. Mais, entre une toxine et une bactérie, la diastase ne fait pas une énorme différence; les deux constituent des principes avant tout protéiques, l'un figuré, plus condensé que l'autre; elle les attaque, les modifie et pour la cellule vivante l'atténue : c'est cette atténuation qui a fait que, tout d'abord, l'activité des germes de notre culture additionnée de papaïne a paru plus faible. En second lieu, ces expériences prouvent que, incorporée à des cellules, cette papaïne au moins en partie échappe aux actions anti-diastasiques connues de la circulation sanguine, actions qui, par contre, ont dû affaiblir les attributs de cette diastase introduite isolément. En troisième lieu, ces recherches mettent en lumière une des modalités possibles de l'éducation pathogène des infiniment petits. Ces parasites peuvent voir se greffer sur eux des principes analogues à ceux que produisent, par exemple, dans une caverne pulmonaire, un intestin dilaté, un utérus renfermant des débris placentaires, etc., des processus putrides ou fermentatifs; à partir de ce moment ils possèdent des toxines, des substances morbifiques.

A coup sûr, bien d'autres mécanismes sont susceptibles de présider à ces transformations microbiennes; le passage dans des êtres organisés spéciaux, la pullulation *in vitro* dans des milieux additionnés de certaines matières, la sélection par des cultures réunies de germes d'inégale résistance, etc., une série de procédés se révèlent aptes à engendrer ces métamorphoses.

B. *Reviviscence des diastases. Leur activité.* — Ces infiniment petits, jusque-là saprophytes, sont aptes à devenir nuisibles. Dans le cas particulier, cette transformation est d'autant plus manifeste que, soit à cause de la nature vivante ou de la grande divisibilité des supports de l'élément diastasique fixé, soit pour d'autres motifs, à considérer nos expériences, l'élément qui intervient ici pour opérer ces changements fait preuve d'une singulière activité.

On dépose la même quantité de papaïne dans deux ballons A et *a* renfermant une égale quantité de bouillon. Au bout de trois jours, on sème IV gouttes du contenu de A dans B et IV gouttes du liquide de *a* dans *b*. Puis, de trois en trois jours, on continue ces ensemencements de B dans C, de C dans D, de D dans E et parallèlement de *b* dans *c*, de *c* dans *d*, de *d* dans *e*; toutefois la série A, B, C, D, E est maintenue à 38 et la série *a*, *b*, *c*, *d*, *e*, à 0. Or, si sur des poids égaux de fibrine, on fait agir des volumes identiques puisés dans E et dans *e*, le premier plus actif semble contenir plus de papaïne. — Sans doute, les objections apparaissent. On peut dire que, tout en croyant transporter de ballon en ballon d'égales doses, en raison des adhérences aux bacilles, dans la série de cultures à 38 on a manié de plus fortes proportions. On est aussi en droit de remarquer que peut-être, au contact de ce corps, ces bacilles se sont éduqués et ont fabriqué cette papaïne : l'aliment fait le ferment et dans l'espèce l'aliment est lui-même un ferment, etc. Quoi qu'il en soit, l'importance de ce débat, qui ne touche à rien moins qu'à la reproduction de la matière (il est vrai, dans ce cas, d'une matière dite demi-vivante), exige de nouvelles recherches.

C. *Localisations tissulaires ou cellulaires de différentes substances chimiques. Soudures. Variétés de ces substances.* — Plusieurs séries d'expériences nous permettent, d'ailleurs, d'étendre la portée de ces remarques relatives à la soudure des corps solubles.

Quand, dans des cultures de divers microbes, tels que le bacille pyocyanique, on ajoute de la papaïne ou d'autres composés, tant alcaloïdiques (sulfate de strychnine) que minéraux (arséniate de soude), on obtient également de solides fixations de ces corps, fixations influencées par l'état des bactéries utilisées; d'autre part, les inoculations de ces germes pourvus de principes chimiques soudés déterminent des lésions qui varient suivant les substances adhérentes à ces germes. Dans ces conditions, le mécanisme de la maladie infectieuse se prête à l'analyse; les procédés en jeu permettent de faire intervenir tantôt les microbes seuls ou ces microbes porteurs de toxines diastasiques, tantôt ces agents munis d'éléments de l'ordre des alcaloïdes et même des matières minérales, tantôt enfin des bacilles sur lesquels on a superposé plusieurs de ces composés : par suite, il est possible de préciser le rôle de chacun de ces produits figurés ou solubles, produits variés qui, habituellement, constituent les complexes mélanges de la plupart des cultures. Or, nos analyses établissent que si, au point de vue de la genèse des altérations, conséquences des processus infectieux, les diastases tiennent le premier rang, fréquemment les bactéries se servent aussi de composés nuisibles de différentes natures.

Au demeurant, de nouvelles recherches nous conduisent à penser que, par leur fréquence, leur rapidité, etc., ces fixations tissulaires d'une foule de substances chimiques intéressent la physiologie générale, normale et pathologique.

C'est ainsi que des travaux poursuivis avec MM. Le Play et Moussu tendent à prouver que la prompte disparition d'une toxine déposée dans le sang tient, au moins partiellement, à ce que de suite elle adhère aux éléments internes de la paroi vasculaire. C'est également à la faveur de ce mécanisme que le placenta apparaît comme un important régulateur préposé, chez le fœtus, à la juste et souvent progressive répartition de matériaux utiles ou à l'arrêt de composés nocifs, arrêt facilitant des métamorphoses ultérieures aussi bien que des concessions fragmentées.

Ce placenta renferme des ferments, les uns empruntés pour la plupart au sang, les autres propres à son tissu. Mais, exogènes ou personnels, pratiquement, les résultats sont

analogues. Grâce à la nature spongieuse, lacunaire, à la lenteur des circulations, aux greffes, aux sortes de soudures tissulaires, nombre de produits, traversant ce délivre, séjournent assez longtemps, partant, sont exposés à subir l'action de ces ferments qui perfectionnent, achèvent certaines métamorphoses.

Ajoutons que, sous de multiples influences, telles que les oscillations des valeurs de l'isotonie, de la pression osmotique, etc., et sans admettre des dislocations cellulaires, les principes fixés peuvent abandonner les cellules et, devenus libres, engendrer des phénomènes dépendant de leurs attributs.

Ainsi, grâce à ces sortes d'alternatives de soudure ou de disjonction, et suivant les conditions, divers produits tantôt deviennent intra ou du moins juxta-cellulaires et, par suite, latents, inaptes à manifester leurs propriétés; tantôt ils passent à l'état soluble, état comportant la mise en jeu de ces mêmes propriétés : la portée physiologique de pareilles données ne saurait échapper à personne.

IX

Localisation des substances chimiques primitivement répandues dans tout l'organisme.

A. *Accumulations, dans les zones lésées, d'un principe introduit par le tube digestif.* — L'expérimentation nous a donc permis d'établir que des substances chimiques adhèrent à des tissus, à des cellules, se cantonnent dans des territoires circonscrits. Or, c'est également l'expérimentation qui nous permet d'établir que ces localisations ne se réalisent pas uniquement quand on dépose directement le produit, médicamenteux ou autre, dans la zone malade; ces accumulations, ces fixations dans le territoire morbide ont aussi lieu lorsqu'on administre ce produit par le tube digestif : généralisé, il se localise.

Expérience (1) *a.* — Un lapin pesant 1.490 grammes, dont on a sectionné le sciatique gauche, reçoit quotidiennement, sous la peau, 1 c. c. d'une solution d'acétate de plomb à $^1/_{10}$: il succombe le septième jour.

L'autopsie décèle une péritonite caractérisée par des néo-membranes tapissant à droite le feuillet pariétal, le centre phrénique et l'épiploon. Ces néo-membranes sont blanchâtres; elles présentent un aspect brillant, réfringent, métallique; elles contiennent des coli-bacilles.

Durant vingt-quatre heures, on plonge la séreuse abdominale en totalité dans un bain d'eau, acidulée par l'acide chlorhydrique, puis on fait agir un courant d'hydrogène sulfuré. On obtient une teinte noir foncé au niveau des parties malades; les régions saines demeurent incolores. Après un traitement identique, la plaie du sciatique, qui suppure légèrement, offre cette même teinte, tandis que la zone voisine, indemne d'inflammation, ne change pas sensiblement d'aspect.

Expérience b. — Pendant onze jours, à l'aide de cette solution d'acétate de plomb, on intoxique par la voie gastrique un lapin auquel on a inoculé la tuberculose; l'animal reçoit par jour 2 c. c.

La nécropsie révèle que les granulations bacillaires, d'ailleurs nombreuses, sont inéga-

(1) Recherches faites avec M. Carnot.

lement distribuées; en un point donné, elles sont très confluentes et dans ce point la plèvre est épaissie.

On soumet ces pièces à la précédente technique et on voit la teinte noire se développer autour de ces granulations et même révéler çà et là des nodules peu visibles à l'œil nu. — Les fragments privés de tubercules se foncent à peine.

Expérience c. — Chez un lapin porteur d'une arthropathie considérable du genou droit, provoquée par l'injection intrasynoviale d'une culture pyocyanique, on réalise ce même empoisonnement plombique : l'animal meurt au bout de neuf jours. Traités par la solution acidulée, puis par l'hydrogène sulfuré, les tissus articulaires deviennent noirs.

Sur des parcelles de ces tissus malades, on a contrôlé ces réactions, en précipitant le plomb à l'état de chromate ou en le colorant à l'état d'iodure.

A la rigueur, on aurait pu objecter que cette teinte foncée était due à l'action de l'hydrogène sulfuré, qui, en milieu alcalin, agit sur certains éléments sanguins. Déjà, les précautions prises pour acidifier ces tissus suffisaient pour rejeter cette objection; ces nouvelles réactions la rendent absolument inadmissible. Reconnaissons néanmoins que la survie beaucoup trop courte des animaux n'a pas permis au plomb de s'accumuler en assez grande quantité pour enregistrer, en dosant, des poids suffisamment différents.

L'examen histologique des coupes des tissus altérés porte à penser que le plomb arrive dans les régions lésées, au moins en partie, à l'état soluble et non exclusivement, comme le feraient supposer des faits connus, sous forme de granulations transportées par les cellules mobiles. Du reste, un amas de leucocytes, constaté au voisinage de l'articulation enflammée sous l'influence des réactions mises en jeu, n'a subi qu'une médiocre coloration.

Il serait aisé de risquer des hypothèses pour savoir pourquoi ces corps se fixent de préférence dans les zones détériorées. Sans parler des néoformations vasculaires qui fatalement accompagnent les processus inflammatoires, bornons-nous, pour le moment, à remarquer que, dans ces zones, plus de sang passe avec moins de rapidité dans des capillaires à parois plus minces. Invoquons aussi l'œdème habituellement observé; il tend à indiquer et le développement et la lenteur de la circulation de la lymphe. Cette circulation lymphatique se fait dans des espaces lacunaires. Chez les animaux le plus souvent utilisés dans les laboratoires, les canaux de cette lymphe sont trop minuscules pour qu'on puisse mesurer directement l'écoulement de ce liquide. Nous avons tenté de tourner la difficulté.

Expérience d. — En respectant la veine fémorale, on pratique une égale constriction à la racine des membres inférieurs d'un lapin porteur d'une arthropathie infectieuse du genou droit et intoxiqué par l'acétate de plomb. Malgré la section des nerfs, l'œdème qui des deux côtés se produit est à la vérité assez minime.

Après un temps identique, nous avons recueilli la sérosité épanchée par des pressions répétés sur les tissus incisés; le côté malade a fourni 1 c. c. 2/3 de plus que le côté sain; le poids du membre droit dépassait seulement de 1 gr. 10 celui du gauche; à vrai dire, ses muscles étaient atrophiés.

En somme, le dépôt de la substance ingérée est attribuable au mécanisme physico-chimique que nous avons rappelé : plus de sang passe plus lentement dans des capillaires ou des néo-vaisseaux encore dépourvus de fibres contractiles, canalicules nombreux en

raison de l'inflammation, plus larges en vertu de l'hypérémie ou mieux de leur facile dilatation, etc. On ne saurait invoquer ces défenses de l'organisme, trop souvent citées même par nous. C'est, d'ailleurs, là un langage qui dégage une sorte de parfum spiritualiste.

Quoi qu'il en soit, suivant nos expériences, les lésions locales préalables, du moins dans les conditions indiquées, paraissent capables d'influencer la répartition des substances toxiques introduites dans l'organisme.

B. *Explications qui dérivent de ces expériences.* — Cette donnée constitue plus qu'une curiosité. Elle fait entrevoir le rôle des altérations, traumatiques ou autres, dans la genèse des accès de certaines maladies dites de nutrition; elle aide à comprendre comment, par exemple, un choc sur une articulation va provoquer en ce point le dépôt des urates, ou, du moins, va faire partie des causes multiples, dont la mise en jeu aboutit à ce dépôt. Cette donnée explique, en outre, pourquoi, au cours d'un empoisonnement général, les tissus antérieurement en souffrance, les lieux de faible résistance sont les plus touchés, elle permet également de saisir, par une sorte d'analogie, l'action de la tuberculine ou de la maléine au niveau des granulations dues au bacille de Koch ou à celui de la morve : elle autorise, enfin, à prévoir la fixation, l'accumulation des sels de bismuth sur les ulcérations d'un intestin atteint d'entérite, etc.

En définitive, cette notion soulève quelques coins du voile qui recouvre les mécanismes d'une série de processus, soit en pathologie toxique, soit en thérapeutique, soit, en somme, en matière de distribution d'une foule de produits agissant à titre d'agents physiologiques, à titre de poisons ou de médicaments. En tout cas, nous voyons qu'administrés par une voie générale, des substances chimiques tendent à se localiser au niveau des zones malades.

C. *Abcès dits de fixation.* — Au point de vue de la thérapeutique locale, il est possible de rapprocher de quelques-uns des faits que nous venons de relater l'histoire des abcès par fixation.

Ces abcès ont, en effet, la prétention d'appeler en un point déterminé, de cantonner des microbes pathogènes, dans le but de les user au cours d'une lutte poursuivie au sein d'un tissu de médiocre importance physiologique : une maladie générale doit se réduire à une lésion locale. Toutefois, les germes ne sont pas seuls à pouvoir répondre à ces appels; des corps chimiques, par exemple l'arsenic, injectés sous la peau ou mieux ingérés se rendent à ces localisations, véritables exutoires pour des principes figurés ou solubles. Tout en faisant apparaître des œdèmes bactéricides, des exsudats antitoxiques ou d'actives phagocytoses, etc., une foule d'agents, les cautères, les vésicatoires, etc., interviennent aussi en déterminant de semblables dérivations, en s'efforçant de transformer un processus diffus en une manifestation plus ou moins restreinte, cantonnée.

Il serait, du reste, aisé de développer longuement ces considérations, car, dans une série de circonstances, au cours de diverses cures, il n'est pas rare de constater qu'une part plus ou moins évidente appartient à la thérapeutique locale. Mais nous n'avons aucun goût pour des revues d'ensemble qu'on risque de faire indigestes; suivant les renseignements dont il a besoin, chacun doit procéder à sa façon. Dans ce domaine, nous nous bornons à éclairer certains points, à les expliquer, à apporter des expériences capables de nous introduire plus avant dans le mécanisme des phénomènes enregistrés; en somme,

nous ne nous attardons que dans le cas où il nous est possible d'exposer des recherches personnelles.

X

Résumé

En terminant, rappelons que les thérapeutiques locales sont surtout celles de la chirurgie, qui tantôt supprime ou modifie les causes, tantôt se borne à imiter, à aider la nature. Propre à préserver le médicament de dilution, de détérioration, capable aussi de protéger les *tissus sains*, cette *thérapeutique locale* paraît jouir de tels avantages que, de plus en plus, la *médecine* tend à *se l'approprier* et l'applique à la cure de *certaines affections* de l'*estomac*, de l'*intestin*, du *foie*, de la *rate*, de *reins*, des *séreuses*, etc. Ces tendances ne sont, du reste, pas indemnes d'*exagération* et on oublie par trop la *physiologie*. Ajoutons que les *connexions* tissulaires, vasculaires et plus encore nerveuses font que la *localisation absolue* des interventions, des moyens, des éléments en œuvre, est rare et difficile.

Les procédés sont variés. On peut expulser ou *détruire un parasite*, recourir à des *agents physiques*, au *massage*, à la *compression* ou au *froid* à la *chaleur*. Une légère hyperthermie active la vitalité de nos tissus susceptibles, d'ailleurs, de supporter des élévations atteignant, 48, 50 et davantage, alors que déjà à 42 la bactéridie devient vaccin. Il est possible de restreindre, de *cantonner* l'action de ces *températures* comme aussi celle de la *lumière*, dont les *radiations modifient* les *êtres vivants* et les *corps inorganiques*, influencent nos organes et nos plasmas, atténuent nombre de microbes et exaltent le fonctionnement de nos cellules. Les résultats obtenus, grâce aux *rayons X*, dans le traitement des *tumeurs*, des *anémies*, des *splénopathies*, etc., sont pleins de promesses ; il en est de même des émanations du *radium*. — L'*électricité* agit sur des atrophies, sur des paralysies et, en dehors de son action directe, engendre de la chaleur ou des principes chimiques.

La *révulsion* dirige les microbes dans une zone choisie à l'avance, ordinairement de dignité physiologique inférieure. Les *stases*, les *œdèmes*, les *hypérémies* circonscrites interviennent utilement par les humeurs microbicides, l'acide carbonique, les cellules, etc.

Expérimentalement, nous avons montré que *localement*, dans un *territoire nettement limité* au niveau duquel on détermine ces modifications, on peut obtenir la *destruction d'une toxine*. Dans cette zône, grâce aux leucocytes, aux phagocytes, grâce aux sérosités plus ou moins riches en alexine et parfois sans doute en d'autres principes antitoxiques ou bactéricides, cette *toxine* et même des *agents pathogènes* sont atténués et rendus impuissants. *Ces expériences dépassent la portée du problème de la thérapeutique locale ;* elles jettent un jour singulier sur l'aptitude de l'organisme à lutter contre des éléments morbifiques, sur le mécanisme de cette lutte ; elles prouvent qu'au sein des *tissus* les plus simples, *les moins différenciés*, sans le concours de la rate, du foie, de la moelle osseuse, des séreuses, etc., cet organisme parvient à se libérer. Ainsi apparaît à titre de réalité et non de pure vue de l'esprit, la possibilité de ces cures locales, dans les sphères auxquelles, à l'exclusion des viscères, des parenchymes importants à la physiologie, s'adressent les thérapeutiques que nous envisageons.

La notion de la fréquence du *séjour des microbes pathogènes* dans des *points faciles à atteindre*, tels que le pharynx dans le cas de diphtérie, l'utérus, s'il s'agit d'infection puer-

pérale, etc., constitue également, en faveur de ces thérapeutiques locales, une donnée capitale. Tant que la diffusion de ces microbes par la circulation ne les a pas placés hors de *nos atteintes*, l'effort curateur est assez efficace. Même après cette diffusion, ces interventions, ces thérapeutiques, en abaissant la valeur du facteur *quantité*, propre à influencer les virus comme les venins, ont leur utilité.

D'autres recherches nous ont conduits à mettre en lumière l'importance des antiseptiques *insolubles*, incapables de se transporter là où ils n'ont que faire; demeurant dans les cavités ou sur les surfaces qui réclament leur action, ils prolongent la durée du contact entre le médicament et le principe nuisible. — Cette insolubilité restreint les effets de détérioration exercés par certains antiseptiques qui en dehors des *spécifiques*, sont susceptibles d'altérer la cellule de l'économie aussi bien que la cellule bactérienne : le le principe *aseptique* doit être recherché.

Une série de travaux nous ont heureusement amenés à établir comment, même solubles, des médicaments agissent longuement sur des tissus malades et, à faibles doses, déposés au voisinage ou au milieu de ces tissus, ne semblent pas aller sensiblement au delà. Nous avons, en effet, reconnu qu'une *série de corps se soudent aux cellules*, tout au moins se fixent sur elles, leur adhèrent solidement et demeurent ainsi plus ou mois longtemps; ils cessent en grande partie *de circuler* et deviennent en quelque sorte des *particules solides*. D'autres expériences nous ont appris que, même *introduites par les vaisseaux* ou le *tube digestif*, des *substances chimiques s'accumulent* de préférence dans les *territoires malades*. Dans ces territoires, le sang a une marche plus lente; les capillaires sont dilatés et les petits vaisseaux néoformés fréquemment manquent de fibres musculaires; c'est, en somme, le propre de la congestion et de l'inflammation, apanages de ces territoires, de faire que plus de liquide sanguin passe avec moins de vitesse et que la diapédèse facilitée laisse sortir plus de leucocytes aptes à transporter tel ou tel produit. En définitive, *la thérapeutique générale tend à devenir locale*.

Ajoutons que ces données contribuent à expliquer l'utilité du rôle de divers procédés de curation cantonnés dans un espace restreint; c'est le cas de la *révulsion*, de certaines *stases* ou *hypérémies*, de quelques *œdèmes*, c'est celui des *abcès dits de fixation* qui attirent dans un tissu banal des agents morbifiques, microbes ou poisons qui exonèrent les organes importants et, soit par voie d'élimination grâce à un exutoire artificiel, soit en épuisant au niveau de lésion circonscrite la force de l'adversaire, facilitent, en somme, par une cure locale une affection capable de mettre à mal l'organisme entier.

Pour peu qu'on élargisse le sens des mots, le domaine des thérapeutiques locales, déjà considérable en lui-même, devient sans limites. Aussi serait-il aisé d'étendre les considérations que nous développons. Malheureusement, sans aucun goût pour la compilation, nous n'éprouvons pas le besoin de faire entrer par violence nombre de sujets dans le cadre du problème que nous examinons; nous ne sommes pas davantage portés à rapporter, à transcrire ici ce que, comme nous, chacun peut lire ailleurs. Voilà pourquoi, sauf quelques détails nécessaires à la clarté de ce *Rapport* ou à la liaison de ses différentes parties, nous nous bornons avant tout à développer les points que l'observation et plus encore l'expérimentation nous ont permis d'établir ou d'éclairer.

PÉRICYSTITE SUPPURÉE AVEC TUMEUR PÉRICYSTIQUE

Par le Dr Marcel Deschamps,
Ancien interne des hôpitaux,
Assistant de la policlinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Beaujon (service du Dr Bazy).

Certaines péricystites suppurées peuvent donner lieu à une production exagérée d'adhérences périvésicales et à une infiltration cellulaire diffuse telles que la palpation de la région hypogastrique fait sentir une tumeur irrégulière, bosselée et dure, simulant absolument l'aspect d'une néoplasie vésicale propagée aux parties voisines.

Cette variété de péricystite a été décrite par Hallé (1), nous en avons retrouvé une observation dans la thèse de Le Fur (2), dans laquelle le Pr Guyon avait fait le diagnostic de néoplasme infiltré de la vessie; dans les registres de notre maître le Dr Bazy nous en avons noté deux cas, et nous en avons observé, l'année dernière, un nouveau cas que nous avons eu l'occasion d'étudier d'une façon assez complète : nous en rapportons ici l'observation qui nous a paru instructive par ses particularités cliniques et bactériologiques.

Observation

Le nommé M.. , cocher de fiacre, âgé de cinquante-trois ans, vient consulter à la policlinique des voies urinaires du Dr Bazy, à l'hôpital Beaujon, le 17 novembre 1904, pour des douleurs qu'il ressent dans la région hypogastrique: ces douleurs sont continues, mais elles sont accrues par la marche et les mouvements du bassin; elles s'irradient vers la région lombaire lorsque le malade est couché: il localise ses douleurs à la vessie, car, depuis un mois, c'est-à-dire un mois après le début de ces douleurs, ses mictions sont devenues plus fréquentes, impérieuses et douloureuses surtout au début, elles reviennent environ tous les quarts d'heure. Les urines sont claires, le jet est normal, l'explorateur n° 20 passe facilement tout en laissant percevoir quelques frottements; l'exploration métallique de la vessie ne donne aucune sensation de calcul, mais fait sentir des colonnes vésicales assez dures: l'examen cystoscopique est tenté mais sans résultat, à cause de la sensibilité exagérée de la vessie à la distension.

Dans les antécédents du malade, on ne note aucune hématurie, jamais de rétention, jamais d'incontinence ; il a toujours eu une santé parfaite jusqu'à l'affection qui nous occupe, il n'a jamais eu aucune maladie intestinale, n'a jamais séjourné aux colonies, il est du département de l'Aveyron et exerce sa profession à Paris depuis son adolescence. Il a noté simplement dans ses souvenirs une blennorragie qui date de vingt ans et qui a guéri facilement sans laisser de goutte.

Sans faire à ce moment de diagnostic précis, on lui proscrit des instillations de nitrate d'argent tous les deux jours, qui calment un peu la fréquence et la douleur de ses mictions.

Le 30 décembre, c'est-à-dire six semaines après cet examen, il revient avec des troubles intestinaux, alternatives de diarrhée et de constipation, langue sale, fièvre; les urines sont foncées et troubles, chargées en urates, mais ne s'éclaircissent pas complètement par la

(1) Noel Hallé. Des péricystites (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892).
(2) Le Fur. Des ulcérations vésicales (*Th. Paris*, 1901). Obs. 511, p. 701.

chaleur. Les douleurs de la région vésicale sont très vives, surtout pendant la marche, le facies est crispé par la souffrance; les mictions sont moins impérieuses, quoiqu'elles reviennnent toutes les vingt minutes, elles s'accompagnent d'une légère douleur terminale, il n'y a pas eu d'hématurie. La palpation de la région hypogastrique est très douloureuse : on sent une masse dure, immobile, à peu près régulière, de la grosseur du poing, qui déborde la ligne médiane à droite jusqu'à trois travers de doigt de l'épine iliaque, sa limite supérieure est à deux travers de doigt de l'ombilic. Par le toucher rectal, on sent la tumeur qui fait saillie à droite; en exerçant une pression sur elle avec la main abdominale, on la sent nettement repousser le doigt rectal. La ponction exploratrice ne donne aucun liquide.

Le malade entre dans le service où il se cachectise rapidement, la température oscille entre 37 et 38°, la tumeur grossit et devient irrégulière, bosselée; au niveau d'une de ces bosselures, la peau devient rouge, luisante, fluctuante, on incise et on évacue un verre de pus bien lié, analogue au pus ordinaire d'un abcès chaud. La tumeur s'étend de plus en plus en multipliant ses bosselures, elle remplit bientôt tout le petit bassin, mais toujours plus volumineuse à droite : l'amaigrissement et la cachexie deviennent très accentués; on fait le diagnostic de tumeur maligne infiltrée de la vessie, et la famille du malade, augurant d'elle-même un pronostic très prochainement fatal, le retire de l'hôpital.

On l'emmène à l'hôpital Saint-Joseph, dans le service du Dr Genouville, où il reste quelque temps et où l'on fait le même diagnostic; puis il rentre chez lui où il se remet graduellement, sans faire aucun traitement, et il revient à l'hôpital Beaujon au mois d'avril 1905, complètement transformé, il a engraissé et déclare son état général très satisfaisant. On sent toujours des masses indurées et bosselées dans son petit bassin, mais elles ont considérablement diminué de volume, elles ne sont plus douloureuses, la peau à leur niveau a recouvré son aspect normal, elle ne présente plus de saillies. Il reste deux fistules, une au niveau de l'incision, et une autre plus petite qui s'est ouverte spontanément un peu à gauche de la ligne médiane; elles laissent sourdre un peu de liquide séropurulent. Les mictions sont légèrement douloureuses à la fin, les urines sont un peu sales, le malade vient tous les matins se faire panser et laver la vessie.

A la fin de mai, l'amélioration est encore plus prononcée, on ne sent plus qu'une vague induration dans la fosse iliaque droite; cette induration a guéri une hernie inguinale droite que le malade portait depuis l'enfance, il a abandonné depuis son bandage.

Le pus des fistules ensemencé a donné du staphylocoque pur en milieu anaérobie, et rien en ensemencement anaérobie sur gélose sucrée; l'ensemencement en sacs de collodion a été également négatif.

Ces fistules se ferment après quelques écouvillonnages à la teinture d'iode; celle de gauche se rouvre dans le courant de juin et laisse sourdre un peu de liquide qui paraît être de l'urine, mais elle se ferme bientôt d'une façon définitive, et le malade part à la campagne dans un état de santé florissant, avec des urines claires et des mictions normales.

Donc, une simple péricystite à staphylocoques peut donner lieu à des symptômes suffisants pour faire porter le diagnostic de cancer infiltré de la vessie : ce diagnostic n'aurait peut-être pas été porté si on avait fait l'examen cystoscopique et l'examen du sang, mais il n'en reste pas moins certain que la présence d'une tumeur irrégulière périvésicale s'accompagnant de cachexie intense ne suffit pas pour faire affirmer le diagnostic de cancer, et qu'avant de porter ce diagnostic d'une façon précise, il est absolument nécessaire de faire l'examen de la vessie et du sang pour ne pas être exposé à faire un diagnostic erroné. Nous avons cru bon d'insister sur ce point à une époque où on commence à parler de la guérison du cancer : il est probable que si nous avions soumis, en désespoir de cause, notre malade à la radiothérapie, nous aurions pu être enclins à chanter victoire, et à ranger ce prétendu succès à l'actif des rayons X.

FAITS CLINIQUES

Double iritis blennorragique. — Polyarthrite gonococcique. — Écoulement urétral abondant et rebelle. — Action curative du collargol en injections intraveineuses et de l'argyrol en injections urétrales,

par le Dr A. Darier

Ancien Président de la Société d'ophtalmologie de Paris.

Le 5 mars 1906, M... vint me consulter pour une double iritis qui avait débuté vers le 10 février. Les deux yeux sont très rouges, les pupilles sont contractées et soudées par des synéchies occupant tout le pourtour pupillaire ; sur l'œil droit un exsudat léger recouvre même tout l'orifice de la pupille. L'atropine, même en poudre et après instillations abondantes de dionine et application de sangsues à la tempe, ne peut en aucune façon amener une dilatation de la pupille. En revanche, ces interventions multiples diminuent notablement la photophobie et les douleurs orbitaires ressenties par le malade.

Comme traitement local, je prescrivis des compresses chaudes et des instillations fréquentes d'atropine, etc... Comme traitement général j'essayai d'abord des injections intraveineuse de salicylate de soude, 0,60 par jour, et prescrivis 3 grammes d'aspirine par jour à l'intérieur.

Cette thérapeutique était indiquée par les arthrites des deux pieds dont se plaignait M... qui, marchant avec des chaussons, ne pouvait que péniblement se soutenir au moyen d'une forte canne. Mais, au bout de quatre injections faites coup sur coup, ne voyant aucun effet, et ayant appris aussi que le malade avait déjà pris, en vain pour sa première arthrite, salicylate de soude, salol, acide salicylique, etc. — je pensai à un traitement énergique par le collargol et prescrivis des frictions à la pommade à 5/30 sur les articulations avec enveloppement ouaté par-dessus — puis je pratiquai tous les jours une injection intraveineuse d'une solution de collargol à 1 p. 100.

Le premier jour, j'injectai 7 centimètres cubes. Deux heures après le malade eut, dit-il, pendant deux à trois heures une fièvre assez violente qui se termina par des sueurs abondantes. (Cette réaction observée par Crédé et par d'autres après lui, je l'avais annoncée à M... comme une chose heureuse ; il n'en fut donc pas alarmé.)

Le lendemain, voyant qu'une amélioration légère s'était produite aussi bien du côté des yeux, que de celui des articulations malades, je continuai le même traitement. Les injections, poussées jusqu'à 10 centimètres cubes chaque fois n'amenèrent plus de réaction fébrile, et au bout de six injections l'amélioration, sensible dès les premiers jours, ne fit que s'accentuer tant du côté des yeux que des articulations. Le traitement fut néanmoins continué jusqu'à épuisement de 100 grammes de solution de collargol.

L'iritis était alors guérie en ce sens qu'il n'y avait plus ni photophobie, ni rougeur,

mais la dilatation pupillaire restait la même, malgré une amélioration considérable de la vision. J'avertis M... qu'une iridectomie serait probablement nécessaire.

Quant aux articulations, elles étaient à ce point dégagées que le malade pouvait marcher sans canne et sans douleurs; mais il était vite fatigué et transpirait abondamment.

Délivré de ces deux symptômes qui l'avaient le plus préoccupé, M... me demanda ce qu'il pourrait bien faire pour en finir avec son écoulement urétral qui restait rebelle à tout traitement. Il avait pris 100 capsules Raquin au copahivate de soude, 500 capsules de santal, de l'arrhéol, du salol térébenthiné, etc.

Les injections de permanganate à 1/1000 arrêtent l'écoulement pendant quelques jours seulement.

Je conseille alors au malade de demander à son médecin de lui faire des injections urétrales d'**argyrol** à 5 p. 100.

Dès la première, faite immédiatement après une miction, l'injection ayant été conservée dans le canal pendant vingt minutes, le malade éprouva déjà du soulagement, et il fut très surpris de voir que l'injection, loin de produire une sensation douloureuse, procurait au contraire un réel soulagement, alors que les injections de permanganate qu'on dit indolores provoquaient, même tièdes, une cuisson assez vive, et, froides, une sensation de constriction de la muqueuse des plus pénibles.

Les injections d'**argyrol** furent pratiquées après chaque miction (quatre fois par jour), et elles étaient si bien supportées que le malade ne les rendait qu'à la prochaine miction. L'urine était alors mêlée de filaments noirs.

Bref, en deux jours, la sécrétion purulente était tarie; il ne restait plus qu'un peu d'humidité du méat au réveil, et le malade put espacer petit à petit ses injections. Il employa en tout 150 grammes de solution d'argyrol sans aucun traitement interne.

Le 1er avril, le malade est renvoyé guéri.

Le 1er mai, il revient avec une légère poussée d'iritis O. D. promptement guérie par trois injections sous-conjonctivales d'iodate et de soude. L'œil gauche se prenant aussi est remis à bien par deux de ces injections. M... se porte bien et marche sans canne avec ses bottines.

Le 10 juin, la guérison se maintient.

COMPTE-RENDU
DES
SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 mai 1906.

Injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine. — A la suite de la communication faite sur ce sujet par M. BARDET, à la séance du 28 mars dernier, M. LEBEAUPIN, d'une part, et M. SCHOULL, d'autre part, rapportent des statistiques qui démontrent que l'emploi régulier de ces injections dans des milliers de cas ont fourni, au point de vue paludéen, des résultats excellents et qu'on ne peut trouver de meilleur moyen pour juguler les accès pernicieux.

A cette argumentation, M. BARDET répond qu'assurément toute injection de chlorhydrate de quinine ne fournit pas de phlegmon, mais que les observations de phlegmon, après des *séries* d'injections pratiquées dans des cas où vraiment cette méthode n'était nullement nécessaire, sont encore assez fréquentes. Pour l'auteur, l'injection doit justement être réservée pour le traitement des accidents paludiques. Mais, même dans ce cas, le choix du chlorhydrate ne se justifie pas, parce que l'on sait que toute solution de ce sel renferme de l'acide chlorhydrique libre. Il faut donc choisir un sel à réaction neutre, tel que le quinoforme, quoique sa solubilité soit moindre.

Education de la fonction respiratoire chez l'enfant et l'adolescent. — M. MAURICE FAURE fait une communication sur l'importance qu'il y a à s'occuper de la manière dont respirent les enfants, car beaucoup de cas de tuberculose n'ont pas d'autre cause reconnue que l'insuffisance de la respiration chez beaucoup de sujets, cette insuffisance créant une disposition de moindre résistance au point de vue pulmonaire.

Or, il est non seulement possible mais facile de faire l'éducation de la respiration. Pour respirer, il faut savoir utiliser la totalité des moyens d'inspiration et faire cette utilisation également des deux côtés; mais si l'on examine, à ce point de vue, nombre de sujets jeunes, on constate immédiatement que le plus grand nombre ne sait pas utiliser le diaphragme ou les muscles intercostaux. Un bon nombre, même, ne sait respirer normalement que d'un seul côté. C'est surtout chez des sujets qui ont été atteints de phénomènes pulmonaires, même légers, que cette observation pourra être faite.

Par une méthode simple, basée sur l'appel de l'attention du sujet, il est possible de faire en quelques mois la rééducation d'un enfant ou d'un jeune homme. Pour faire chanter, le professeur commence par faire régulièrement respirer son élève, eh bien! c'est un travail de même genre que doit accomplir le médecin chaque fois qu'il est à même de constater une respiration irrégulière chez un de ses malades jeunes.

Des injections de trypanroth dans le cancer et dans la lymphadénie. — M. SCHOULL a essayé, à l'hôpital de Tunis, le trypanroth contre le cancer, la lymphadénie et la tuberculose. Ses observations actuelles ne lui permettent que la publication des résultats obtenus dans les deux premières affections.

Le trypanroth est un colorant de la série aromatique, préconisé par Horan et Jaboulay contre le cancer. Cette substance est bien soluble dans l'eau. L'auteur constate d'abord que la prise de cachets de la drogue ne fournit aucun résultat appréciable : il faut employer la méthode hypodermique ou intramusculaire, par l'injection de 0 gr. 50 de produit, en solution dans 40 centimètres cubes de sérum physiologique. L'injection est extrêmement douloureuse et suivie de la coloration persistante des téguments en rose. Dans un cas de carcinome ou du moins d'état gastrique grave accompagné d'une tumeur d'apparence cancéreuse et de mélæna, une série d'injections amena en moins de trois semaines la diminution puis la disparition de la tumeur.

Un cas de lymphadénie fut guéri en quelques semaines par le même procédé.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Quelques points pratiques dans le traitement diététique du diabète sucré, par ALFRED CROFTAN (*Therapeut. Gazette*, 15 avril 1906). — Quatre points surtout doivent, d'après l'auteur, servir de guide au praticien : le danger de trop de viande, le danger d'une quantité insuffisante d'hydrates de carbone, certaines erreurs concernant l'alimentation par les corps gras et les résultats de certains régimes (farine d'avoine, riz, pommes de terre et lait).

Pour le premier point, l'albumine peut être une source abondante de sucre urinaire; l'ingestion de trop grandes quantités de viande peut neutraliser les effets qu'on attend de la suppression des hydrates de carbone. Il est ensuite facile de montrer que si l'on donne trop de viande, pendant longtemps, on abaisse d'une façon permanente la tolérance pour les hydrates de carbone; des diabètes légers peuvent ainsi être transformés en diabètes graves. Le second danger de l'abus des viandes est de favoriser le développement de l'acidose. La désassimilation d'une trop grande quantité d'albumine conduit toujours à l'acescence du sang. En outre, l'oxydation incomplète de l'albumine donne lieu à des produits acides dont les principaux sont l'acide oxybutyrique, l'acide diacétique et l'acétone. Même chez un individu normal, l'abus de la viande avec la suppression des hydrates de carbone aboutit à la formation de l'acétone qui disparaît dès qu'on permet les hydrates de carbone.

Le principal danger d'une trop complète suppression de ces dernières substances est précisément de créer l'acidose et de prédisposer au coma. Dans ces cas, l'organisme fabrique des hydrates de carbone avec ses propres tissus, surtout avec l'albumine.

La quantité d'azote urinaire arrive à dépasser celle de l'azote ingéré. Il faut alors augmenter la quantité des viandes, ce qui est dangereux. Si donc les urines se chargent d'azote, c'est que l'organisme consomme ses tissus et qu'il se développe de l'acidose. Bien souvent alors, les phénomènes dangereux disparaissent en permettant les hydrates de carbone. C'est alors qu'il est très important d'établir, pour chaque cas de diabète, les limites de l'assimilation pour les hydrates de carbone, afin d'en permettre la quantité correspondant à ces limites.

En troisième lieu, un diabétique doit prendre la plus grande quantité de corps gras que son estomac peut supporter. La graisse est un aliment d'épargne pour l'albumine et, par sa valeur calorique élevée, elle contribue à maintenir l'équilibre nutritif. On a dit que les graisses peuvent former du sucre, mais jamais, avec les graisses, on n'a observé une augmentation de la glycosurie; mais on les a surtout accusées d'être une source des substances acétoniques et de favoriser l'acidose quand elles sont données en grandes quantités. Mais le fait n'a été démontré que pour les quantités exagérées de beurre; l'excrétion de l'acétone augmente, en effet, avec 130 à 150 grammes de beurre pendant six ou sept jours ; mais ensuite, on peut donner des quantités plus élevées sans aucun effet appréciable sur l'excrétion de l'acétone. Aussi, l'auteur croit-il qu'on peut permettre largement les corps gras aux diabétiques, dans toutes les circonstances.

Quant à l'action des régimes particuliers auxquels on a soumis le diabétique, l'auteur a d'abord constaté de bons résultats dans 25 p. 100 de ses cas, avec la farine d'avoine, comme l'a recommandée v. Noorden, mais surtout dans les cas de diabète juvénile, qui résiste au traitement ordinaire.

En outre, on a constaté que, dans beaucoup de cas, un diabétique élimine moins de sucre lorsqu'il consomme une seule sorte d'hydrates

de carbone, de pommes de terres seules, ou du riz, ou du pain exclusivement. En pratique, il sera donc utile de soumettre d'abord le malade à une période d'emploi exclusif du pain, ou du riz ou de pommes de terres, de façon à mieux établir la nature de la tolérance pour les hydrates de carbone. On peut en faire autant pour les diverses albumines, provenant de la viande, des œufs, des végétaux, du lait.

L. JUMON.

Sur le traitement du diabète; action de l'arsenic et des eaux chlorurées sodiques arsénicales sur le diabète, par H. VERDALLE (*J. de méd. de Bordeaux*, 13 mai 1906). — La distinction entre les deux formes de diabète par hyperfonctionnement et par anhépatie, généralement admise aujourd'hui, règle l'intervention de la thérapeutique. C'est dans le diabète par insuffisance que les alcalins donnent les meilleurs résultats, mais ceux-ci aggraveront très probablement le diabète par hyperhépatie. A ce dernier conviennent des modérateurs de la nutrition comme l'arsenic. La médication arsenicale agit d'autre part chez le diabétique à la façon d'un névrosthénique, en le remontant. Les indications sont moins nettes dans les formes mixtes. Dans sa pratique thermale, M. Verdalle a cherché à se rendre compte aussi exactement que possible de cette action de la médication arsenicale sur le diabète. De nombreuses observations il a pu conclure que le diabète sucré est en général très touché par le traitement hydro-minéral de la Bourboule, son action portant à la fois sur l'état chimique et sur l'état clinique. Le sucre diminue au point de disparaître complètement dans certains cas et, en général, la diminution du sucre est immédiate. L'urée, dans le cas de diabète azoturique, diminue aussi dans de très fortes proportions; son taux est ramené à la normale. Dans le diabète sucré avec hypo-azoturie, le taux de l'urée tend à remonter à la normale. Comme corollaire à cette amélioration chimique correspond une amélioration clinique qui se traduit chez le malade par le relèvement considérable des forces. Les résultats les plus brillants s'observent dans les cas de diabète par hyperhépatie; mais les résultats sont satisfaisants dans l'autre forme, de même que dans les cas mixtes sans détermination précise. Certaines complications sont favorablement influencées par le traitement arsenical, entre autres celles qui portent sur l'appareil pulmonaire et la peau ou les muqueuses. Le traitement à la Bourboule n'a jamais eu de conséquences désagréables, même dans les cas très graves avec complications dangereuses. Dans la plupart des cas, les petites doses agissent mieux que les grandes, et on est quelquefois obligé de revenir à des doses modérées.

Le traitement arsenical dans le diabète a une double action réductrice sur le sucre et régulatrice sur la nutrition; en second lieu, il possède une action névrosthénique. C'est cette action qu'on a surtout eue en vue pendant longtemps, ce qui fait que la Bourboule était considérée comme indiquée surtout chez les diabétiques en état de déchéance, ne pouvant pas supporter Vichy ou Carlsbad. Il n'en est rien, et l'action de ces eaux est plus étendue. Il faut d'ailleurs tenir compte de leur composition assez complexe, le bicarbonate de soude et le chlorure de sodium qui s'y trouvent à des doses moyennes constituant aussi un facteur de leur action. Au total, l'auteur pose en principe que le traitement hydrominéral arsenical convient à tous les cas de diabète dans lesquels l'arsenic a produits de bons effets.

L. JUMON.

Traitement de la chlorose, par BACH (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 28 mai 1906). — Les recherches de l'auteur ont été instituées dans le but d'étudier l'action des martiaux sur la sécrétion chlorhydrique stomacale.

En examinant 224 observations de chlorotiques, il a reconnu que 93 seulement présentaient de l'hypochlorhydrie; dans la plupart des autres cas, la teneur en acide chlorhydrique était normale.

Ceci établi, l'auteur a examiné le suc gastrique de 11 chlorotiques avant et après l'administration du fer : il a reconnu que ce médicament diminuait l'acidité de la sécrétion stomacale dans une certaine mesure. Cette modification n'est pas suffisante pour provoquer l'intolérance vis-à-vis des martiaux, et on s'explique en conséquence que la grande majorité des chlorotiques supporte la médication classique.

E. VOGT.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Sur les formes varioloïdes de la varicelle. Leur traitement, par W. EBSTEIN (*Munch. med. Woch.*, 8 mai 1906). — Par suite de la généralisation de la vaccine, la variole et la varioloïde sont devenues de plus en plus rares, mais il y a des varicelles dans lesquelles, au premier

abord, c'est-à-dire d'après la forme seule de l'exanthème, il est impossible d'établir un diagnostic certain entre la varicelle et la variole. Or, il importe jusqu'à ce que le diagnostic soit établi, d'isoler ces malades suspects d'une maladie varioleuse afin de protéger les individus contre la contagion. Mais on ne devra pas placer ces individus dans le même local que les varioleux, car l'observation a montré que les malades atteints de varicelle peuvent ainsi s'infecter et gagner la variole. En tout cas, il sera nécessaire de vacciner ou de revacciner aussitôt ces individus. Au point de vue du traitement on pourrait recommander de traiter aussi ces malades par la lumière rouge, ainsi que Finsen l'a proposé pour la variole. Engel préconise cette méthode, en ce qu'elle diminue les dangers de l'infection mixte ou de la suppuration dans les périodes tardives, surtout chez les sujets âgés et parce que la muqueuse du pharynx et des voies aériennes se trouve moins prise. Il est certain encore que la lumière rouge diminue le danger de la formation des cicatrices. La fièvre, si elle ne disparaît pas, est cependant diminuée. La méthode en tout cas est si inoffensive et si simple qu'on peut toujours l'appliquer.

L. JUMON.

Érysipèle migrateur chez un nouveau-né guéri par des applications d'onguent mercuriel, par M. ESCHBACH (*La Clinique infantile*, 15 mai 1906). — L'érysipèle migrateur s'étendant successivement à toute la peau du corps entraîne généralement la mort chez les enfants, dans les premiers mois de la vie. L'auteur cite un cas dans lequel la guérison a été obtenue par des applications d'onguent mercuriel, chez une enfant de sept semaines, élevée au sein. Le diagnostic s'imposait à la vue, la cause restait ignorée. M. Variot conseilla à la mère d'enduire la peau érysipélateuse, particulièrement à sa limite avec la peau saine, avec une pommade ainsi composée :

Onguent mercuriel.....	10 grammes.
Axonge benzoïnée.....	90 —

On prescrivit trois bains tièdes par jour et, en outre, des enveloppements avec des compresses imprégnées de décoction de fleurs de sureau. L'érysipèle retrocéda peu à peu et mit huit jours à disparaître complètement. L'enfant, qui avait maigri de 430 grammes en sept jours, regagna 380 grammes en cinq jours. L'emploi de l'onguent mercuriel semble donc avoir donné ici des résultats inespérés.

L. JUMON.

Stomatite aphteuse récidivante, par F. SCHILLING (*Zentralbt. f. inn. Med.*, 19 mai 1906). — Jusqu'à présent les causes de la stomatite aphteuse sont assez obscures. A l'âge de la dentition, on invoque l'irritation causée par l'éruption dentaire, sans trop savoir exactement en quoi consiste son action. Il s'agit évidemment d'une affection microbienne dans laquelle les diplocoques, les streptocoques et les bactéries ovoïdes de Siegel jouent un rôle. Quoi qu'il en soit, l'auteur a observé chez certains individus le retour à intervalles assez réguliers de quelques semaines de lésions aphteuses dans la bouche. Ces aphtes évoluent sans fièvre, mais incommodent fort les patients qui sont gênés dans la mastication et la parole. Leur siège à l'extrémité de la langue est fréquent. Or, l'auteur est convaincu que presque toujours ces aphtes récidivantes sont causées par des lésions dentaires chez des sujets qui portent des pièces dentaires. Une périodontite et le ramollissement de la gencive avec suppuration secondaire sont les causes d'accumulation de microbes, de bacilles et de spirochètes qui végètent sur la lésion de la muqueuse produite d'abord par une arête vive d'une pièce artificielle ou des aspérités de dents cariées. On a attribué bien souvent ces aphtes à un mauvais état général, par exemple chez les phtisiques, ou à une affection gastrique. Mais ces malades ont précisément des dents souvent en mauvais état. On remédie au retour de la stomatite aphteuse récidivante par un nettoyage minutieux de la bouche dans les cas de carie dentaire. Il faut traiter énergiquement toute périostite qui survient et conserver les pièces dentaires pendant la nuit dans des liquides réellement bactéricides. On procédera aussi à un nettoyage mécanique. Pour les lavages de la bouche, qui doivent se terminer par de véritables mouvements de mastication, l'auteur utilise l'eau oxygénée à 3 p. 100. Les pièces dentaires sont placées pendant la nuit dans une solution de formol à 4 p. 100. Les malades qui ont des aphtes doivent enfin être envoyés aux dentistes.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOIT,

Ancien interne des hôpitaux.

Les luxations carpiennes (*Soc. de ch.*, 16 mai 1906). — M. DELBET signale la fréquence des luxations des os du carpe, soit isolées, soit associées à la fracture du radius. Les lésions sont diverses : dans les cas simples, il y a fracture du scaphoïde, par chute sur la main. Si la vio-

lence est plus forte, il y a luxation, le grand os passant on arrière du semi-lunaire ; le scaphoïde et le pyramidal peuvent accompagner le grand os ainsi déplacé. Enfin, dans la luxation complète, le grand os, dit l'orateur, culbute le semi-lunaire de façon à porter en avant toute sa concavité, sans rupture du faisceau radio-semi-lunaire. Le semi-lunaire peut enfin être détaché complètement du radius. L'intérêt de ces lésions est considérable au point de vue du traitement. Voici pourquoi : la déformation en « dos de fourchette », attribuée jusqu'ici à la seule fracture de l'extrémité inférieure du radius, leur est également attribuable, sauf cette différence que la saillie est ici située *plus bas*.

Des troubles nerveux, tels que des douleurs vives dans le domaine du médian, sont des signes constants lorsque cette complication existe. Au point de vue du pronostic, le rétablissement des fonctions ne se fait pas comme dans la fracture classique du radius. Par suite, il ne faut pas compter sur la guérison, sans un traitement chirurgical qui consiste dans l'ablation des os déplacés.

M. SEGOND appuie ces déclarations d'une expérience récente, qui lui a montré, grâce au concours de la radiographie, que lorsqu'une fracture de l'extrémité inférieure du radius ne guérit pas, c'est qu'il y a luxation des os du carpe, comme facteur principal de la gravité. En effet, il a opéré un cas de luxation du scaphoïde et du semi-lunaire en avant, sans que ce dernier se soit séparé du radius ; l'énucléation des deux os a permis aux mouvements de se rétablir. Dans son cas, la main se présentait comme clouée sur l'avant-bras.

On doit donc considérer comme exceptionnels les cas tels que celui qu'apporte à la suite M. Nélaton, où la guérison des lésions fut assez complète par le massage pour que le malade ait pu reprendre ses occupations au bout de trois mois.

A. BENOÎT.

Arthrotomie, par M. MORESTON (*Tribune médicale*, 21 avril 1906). — Cette intervention désigne la taille articulaire, permettant, selon les besoins, de vider les synoviales, d'extraire les corps étrangers, de drainer les abcès. Très anciennement imaginée, elle n'est pratiquée impunément que depuis l'avènement de l'antisepsie. Tombée dans le domaine commun, elle est aujourd'hui l'objet de quelques abus. L'auteur se propose donc de rappeler les principales de ses indications.

L'ouverture large des articulations s'applique aux épanchements sanguins, séreux, purulents et aux corps étrangers. Elle est avant tout évacuatrice. Pour prendre comme exemple un cas discuté, les *hémarthroses* ne sont guère justiciables de l'arthrotomie qu'au *genou*, et cela pour des raisons anatomiques spéciales. Encore en sera-t-il toujours ainsi ? Non, dit M. Morestin, car la *ponction aspiratrice*, ou mieux avec un trocart ordinaire, l'application de la *bande élastique* dispensent quelquefois de prendre le bistouri. Le *massage* vient coopérer à une guérison parfois tardive, mais qui sera due en définitive aux moyens de douceur. Par contre, l'*arthrotomie* sera indispensable lorsqu'il y a rupture des tendons articulaires, fracture de la rotule ou des épiphyses. L'arthrotomie est formellement contre-indiquée dans les arthropathies hémoplégiques. La simple incision articulaire dans ce cas peut entraîner la mort ; aussi imposent-ils la plus grande réserve.

Dans les *arthrites infectieuses* la plupart appliquent couramment cette opération. Elle est de règle en effet dans les arthrites suppurées. L'ouverture sera large et multiple, car 1° une arthrotomie suivie d'un bon drainage évitera parfois la résection du genou ; 2° dans les articulations étroites et diverticulaires, elle sera souvent insuffisante. Au cou-de-pied, au poignet la résection d'emblée pourra être nécessaire. Pareille règle n'est pas de mise pour les épanchements séreux sauf pour ceux que la ponction révélera séro-purulents. L'intervention sera précoce pour être efficace. A propos de l'*arthrite blennorrhagique*, l'auteur se trouve en désaccord avec M. Thiéry, qui soutient que l'arthrotomie précoce vient à bout et plus rapidement de l'inflammation articulaire. Il considère au contraire que l'arthrotomie n'est ici que rarement indiquée, car elle est une violence inutile et sans effet. L'*infection traumatique* des articulations est une des indications les plus pressantes de l'ouverture large et multiple. On n'a pas d'autre recours pour extraire un corps étranger libre dans l'articulation.

Manuel opératoire. — Les règles générales applicables à toutes les jointures, doivent avoir pour principal objectif : 1° l'évacuation ; 2° l'exploration ; 3° l'établissement d'un drainage suffisant. Le tout, sans léser les moyens d'union, les muscles et tendons, etc...

Hormis le cas où l'on agrandit une plaie déjà existante, celui également où l'on incise sur un corps étranger sensible au doigt, c'est aux côtés abordables des jointures que l'on devra s'adresser pour y pénétrer. Parfois, l'*incision* est tout le traitement. Au genou, où l'indication de l'arthrotomie est incomparablement plus fréquente, les lieux d'élection se trouvent situés de chaque côté de la rotule, où les téguments sont à leur

plus faible épaisseur, non sur les bords mêmes de l'os, mais à *deux bons travers de doigt* de ces bords. Ces incisions latérales doivent remplacer celles qui sont encore conseillées par quelques-uns dans le sens transversal, exigeant des sutures dont on n'est jamais sûr, au point de vue de la solidité. L'incision commencée à peine au-dessous de l'interligne doit remonter à plusieurs centimètres au-dessus ; rien n'est plus aisé alors que d'ouvrir largement la vaste loge antérieure de la synoviale. On se bornera à une seule incision, s'il s'agit simplement d'évacuer un épanchement *aseptique*, incision faite sous l'infiltration locale de cocaïne. Dans les arthrites purulentes, on fera en outre des contre-ouvertures de décharge plus en arrière, le drainage devant être plus complet. Ces incisions répondront au bord postérieur des condyles ; elles assurent l'asséchement des loges rétrocondyliennes. La méthode d'Haufmann assure le drainage par des incisions postéro-latérales. M. Morestin préfère les incisions multiples ci-dessus décrites, auxquelles on peut ajouter une dernière ouverture au sommet du cul-de-sac sous-tricipital, avec *flexion*, ou élévation du membre, ce qui facilite beaucoup la sortie du pus. Les soins consécutifs ont une importance facile à deviner. Parfois, mais pas toujours, on n'arrive à supprimer la fièvre et les douleurs qu'en immobilisant sévèrement le membre. Des lavages antiseptiques seront faits avec de l'eau phéniquée, de l'eau oxygénée, des courants d'oxygène. Les drains doivent être retirés assez vite, mais ils doivent demeurer tant qu'il y a du suintement d'aspect louche. Viendront ensuite les essais de mobilisation lents et gradués ; il s'agit là d'un traitement entouré de difficultés et toujours fort long.

Au cou-de-pied, on aura des difficultés bien plus grandes, car l'articulation tibio-péronéo-astragalienne est bien abordable en dedans et en dehors des tendons extenseurs des orteils, par des incisions prémalléolaires ; mais la jointure est anfractueuse, les propagations aux séreuses voisines sont fréquentes, le drainage difficile. L'ablation de l'astragale est la seule façon de drainer, dans les cas très sérieux d'arthrite suppurée du cou-de-pied.

A la *hanche*, l'arthrotomie n'est souvent que le prélude d'une résection inévitable pour sauver l'existence. Il en est ainsi dans l'arthrite suppurée de l'ostéomyélite. On ouvre alors la capsule en avant et en arrière. L'incision antérieure, verticale passe entre le *droit antérieur*, qui sert de repère et que l'on réclino en dehors, et le *posas*, qui est rejeté en dedans. L'incision postérieure est oblique en bas et en dehors ; elle traverse le grand fessier et passe entre le pyramidal et le moyen fessier.

L'arthrotomie du *poignet* est une de celles qui donnent les moins bons résultats et doit laisser le pas à des résections plus ou moins étendues du carpe. On fait ensuite un large drainage déclive cubital.

Au *coude*, les incisions latérales rendent facile l'ouverture large de l'articulation.

Enfin, à l'*épaule*, la règle est d'inciser verticalement en avant et en arrière, en dissociant ou coupant les faisceaux deltoïdiens et réclinant autant que possible les tendons péri-articulaires.

Résultats : devenue à peu près inoffensive, l'arthrotomie n'en demande pas moins beaucoup de discrétion dans les manœuvres, surtout dans une synoviale non infectée. Elle guérit là où la simple ponction et la compression ont échoué. Dans une infection bénigne, elle peut favoriser une surinfection, d'où source complémentaire de raideur et de retard dans la guérison. Tel est le cas pour l'arthrite blennorrhagique. Dans les *hydrarthroses persistantes*, l'opération est une ressource précieuse. Lorsque de vastes épanchements du genou s'éternisent, ouvrir l'article et toucher toutes les parties synoviales accessibles avec la solution de chlorure de zinc à 1/10 permet d'obtenir enfin la guérison, comme il advint dans un cas qu'il cite. On y recourra donc sans crainte, si les injections modificatrices ont échoué. Il faudra néanmoins s'attendre à une diminution des mouvements.

A. Benoît.

Traitement de la luxation habituelle de la rotule, par Schanz (*Munch. med. Woch.*, 8 mai 1906). — La luxation habituelle de la rotule offre toujours de l'intérêt au point de vue de la pathologie et du traitement. La pathologie n'est pas encore bien élucidée et l'accord est loin d'être fait sur le traitement. Dans le cas cité la production de la luxation dépend d'un trouble du développement de la cuisse, amené par une suppuration de la région de l'épiphyse inférieure du fémur. La luxation de la rotule se reproduisait à chaque mouvement de flexion de l'articulation du genou et se réduisait à chaque mouvement d'extension. Le même fait se reproduisait pendant la marche normale. Le traitement dans ce cas a consisté à déplacer le muscle couturier. Ce muscle fut soulevé de son plan depuis sa partie moyenne jusqu'à son insertion, puis il fut déplacé en avant au-dessus du genou sur le côté externe de la rotule en ménageant son insertion. Le muscle

fut alors fixé dans cette nouvelle direction sur la rotule dans une gouttière produite en fendant le périoste. L'opération a donné le résultat cherché. Dans les mouvements de flexion forcée, la rotule reste sur la face antérieure du genou et la mobilité articulaire n'est en rien troublée. Le muscle couturier a été choisi parce qu'il est un muscle de luxe. Comme le point d'insertion est conservé, il n'y a pas à craindre que le muscle se déchire au point d'insertion qu'on lui donne, comme cela pourrait se faire dans la transplantation du demi-tendineux.

L. JUMON.

Sur la rétraction de l'aponévrose palmaire et son traitement, par J. PLESCH (*Wien, klinicher. Woch.*, 5 mai 1906). — L'étiologie de la maladie de Dupuytren est encore obscure. La maladie est probablement due à des causes multiples. L'auteur, d'après les cas rapportés et les siens personnels, reconnaît une étiologie nerveuse et une origine mécanique. Dans ces derniers temps, il a eu à soigner deux malades atteints de cette affection. Un cas concerne une femme, qui depuis un an éprouvait des douleurs continues dans le territoire du nerf cubital et des paresthésies du côté gauche. Les premiers symptômes pouvaient faire supposer une syringomyélie au début. Mais les douleurs disparurent complètement au bout de sept mois. Il se développa ensuite une rétraction de l'aponévrose palmaire de chaque côté, plus prononcé à droite qu'à gauche.

L'autre cas est celui d'un marchand de bois qui soulevait constamment des planches. La rétraction de l'aponévrose palmaire s'est développée progressivement de chaque côté depuis six ans. Les deux malades ont été soignés par des injections de 2 centimètres cubes de fibrolysine tous les deux jours et par des manuluves d'eau salée. L'injection fut en outre soutenue par une forte extension passive des doigts et par le massage. Au bout de cinq injections, le malade se trouvait déjà très amélioré. Les doigts pouvaient être étendus complètement sans douleur. Après cinq autres injections le malade était tout à fait guéri. Une attitude légèrement rétractée des quatrième et cinquième doigts indiquait seule l'existence de la maladie antérieure. Il s'est écoulé plus de huit mois depuis la dernière injection et le patient n'éprouve plus aucune difficulté à écrire et à se servir de ses mains.

Le résultat n'a pas été aussi favorable chez la première malade, qui a reçu en tout quinze injections. Pendant le traitement il était survenu une certaine amélioration, mais trois semaines déjà après la dernière injection la contracture avait récidivé. D'après ces deux observations, l'auteur croit que la rétraction de l'aponévrose palmaire peut se produire, d'une part, par des troubles nerveux, de l'autre par une irritation mécanique, ce qui fait que les cas réagissent d'une façon différente suivant l'étiologie. Si la contracture est produite par des troubles nerveux trophiques, elle n'est alors qu'un symptôme d'une lésion centrale et ne peut être guérie sans supprimer cette cause. Si, au contraire, la rétraction du creux de la main est produite par une lésion directe de l'aponévrose, on peut s'attendre à une guérison définitive si l'on peut supprimer cette rétraction. Aussi l'auteur ne considérerait le traitement par la fibrolysine comme indiqué que dans les cas où la contracture ne peut être attribué à des lésions nerveuses centrales. Bien qu'on pense généralement que la fibrolysine agit lorsqu'on fait l'injection dans un point éloigné de la région sur laquelle on veut agir, l'auteur croit cependant qu'on obtiendrait de meilleurs résultats en faisant l'injection le plus près possible du tissu nodulaire à assouplir. Si l'on peut atteindre directement le tissu cicatriciel, c'est dans son épaisseur qu'il faut injecter. Toutefois, il ne serait pas possible le plus souvent d'injecter la dose totale dans le tissu, mais on peut en injecter une partie dans le voisinage.

Les injections de fibrolysine ne déterminent aucune action fâcheuse ni générale ni locale ; on peut les faire d'abord tous les deux jours. Il importe de remarquer que l'effet médicamenteux local doit être soutenu par le massage, l'extension passive, les mouvements, etc. La fibrolysine ne fait pas disparaître le tissu cicatriel, mais le rend plus souple et diminue la tendance à la rétraction.

L. JUMON.

Traitement chirurgical de la gastroptose, par FRÉDÉRIC EVE (*The british med. Journal*, 7 avril 1906). — La *gastroptose* est en général, associée à la maladie de Glenard, mais elle existe à l'état isolé, par suite du relâchement des ligaments suspenseurs de l'estomac, le ligament gastro-phénique et l'épiploon gastro-hépatique en particulier, celui-ci accompagnant la chute du foie. Cette maladie, qui n'est pas rare, s'observe surtout chez les femmes que l'on voit atteintes de dyspepsie chronique avec neurasthénie et amaigrissement progressif. A l'examen, on trouve la petite courbure au niveau ou même au-dessous de l'ombilic. On a observé, après la néphropexie, que ces signes étaient indépendants de la chute du

rein, car ils persistaient. On a commis, d'ailleurs, parfois l'erreur inverse, et M. F. Smith a vu deux sujets, que l'on croyait atteints de gastroptose, complètement soulagés par la fixation du rein. Voici en quoi consiste l'opération que l'auteur a combinée pour faire cesser les graves malaises digestifs qui résultent de l'ectasie stomacale et de l'abaissement de l'organe. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve la petite courbure à peu de distance au-dessus de l'ombilic, et, comme le montrent les figures, le petit épiploon apparaît *au-dessous* du foie, sans qu'il y ait dilatation réelle de l'estomac. Il faut donc relever fortement le foie, comme dans les opérations sur la vésicule biliaire. On peut alors successivement charger avec des fils de soie la petite courbure de l'estomac, d'un orifice à l'autre, et venir la suturer avec cinq ou six points convenablement espacés aux attaches mêmes du petit épiploon, en passant les fils à travers la substance elle-même du foie. De la sorte, on voit sur les figures que la grande courbure se relève jusqu'au-dessus du niveau ombilical. Il va sans dire que le foie sera aussi traité par la *pexie*, si l'on a à craindre son abaissement ultérieur. Le lobe gauche peut d'ailleurs être fixé seul, sans toucher au lobe droit, pour abréger les manœuvres ; le résultat demeure aussi avantageux.

Ce mode de fixation réalise un progrès sur celui qui consiste à fixer sur l'épiploon gastro-hépatique lui-même, d'ailleurs très aminci, l'organe abaissé (opération de Beyéa). De même l'auteur juge important de ne pas s'adresser à la paroi abdominale antérieure, comme l'a fait Duret (de Lille), pour ne pas gêner la motilité de l'estomac et créer ainsi une source de douleurs.

A. Benoît.

L'importance du rôle du côlon et ses conséquences en chirurgie, par M. Monier-Williams (*The british med. Journal*, 7 avril 1906). — En étudiant l'observation d'un malade opéré par M. G. R. Turner, pour une *colite ulcérative* avec accidents graves, l'auteur eut l'occasion de faire de curieuses remarques sur le rôle du côlon, que l'on serait assez porté à juger nul, sinon nuisible dans la nutrition. Voici en résumé cette expérience clinique : sujet de cinquante-deux ans, qui présentait une colite des plus pénibles, des décharges continuelles se faisant par l'anus devenu incontinent, mêlées de mucosités, de sang et même de pus. La côlotomie droite fut jugée nécessaire. Le malade fut donc endormi et un anus contre nature fut établi tout près du cæcum, avec le soin de ne pas établir d'éperon, en vue de la fermeture ultérieure de l'orifice. L'intervention fut complétée par le port d'un petit appareil d'occlusion assez ingénieux, composé d'une virole de caoutchouc au centre de laquelle se trouvait le tube destiné à laisser passer les matières. Cette virole, que l'on introduisait vide dans le cæcum, était ensuite gonflée au moyen d'un petit tube extérieur et retenait bien le tout en place. Extérieurement, le tube plongeait dans une poche étanche que le malade laissait pendre à sa ceinture. Cette précaution évita les pénibles et douloureuses excoriations de la peau que l'on observe autour de l'orifice anormal dans de pareils cas. L'amélioration obtenue fut considérable et le malade se félicitait de son sort six mois après, lorsqu'il se mit à maigrir, sans que les signes de son affection se fussent aggravés. Songeant que la suppression de toute la cavité du gros intestin dans les fonctions digestives pouvait en être la cause, l'auteur essaya de restituer à cette partie l'*eau* qu'elle puise habituellement dans les matières digestives et de grands lavages à la solution saline furent institués. On assista à une nouvelle et significative résurrection. Lorsque la colite sera définitivement améliorée, la fermeture de l'orifice anal artificiel se fera, après un essai d'occlusion pendant une partie du jour ou de la nuit.

Ces points de vue nous paraissent du plus haut intérêt, par leurs conséquences, dans les opérations où le gros intestin a été entièrement exclu. Il semble démontré que l'anastomose dans l'S iliaque assurerait suffisamment le rôle d'absorption dont la suppression a d'aussi graves conséquences.

A. Benoît.

Typhlite et périty phlite, par M. Lejars (*In Sem. médicale*, 9 mai 1906). — Il pourrait sembler hardi d'opposer à l'appendicite dogmatique de nos jours les quelques cas de typhlite et de périty phlite que l'auteur a rassemblés récemment, dans lesquels on a ouvert des abcès dans l'étiologie desquels l'appendice ne jouait aucun rôle, puisqu'il était extérieur aux foyers inflammatoires et présentait les caractères normaux. Seuls les cliniciens expérimentés ne seront pas surpris de cette « révélation », sachant bien que la périty phlite de Grisolles n'a jamais cessé d'exister et que dans un bon tiers, si ce n'est la moitié des cas, on ouvre l'abdomen pour tomber sur un abcès situé en arrière, en dehors ou même en avant du cæcum, avec lequel il communique le plus souvent par une perforation qu'il peut être très difficile de découvrir. Dans les cas qui se présentent ainsi, l'appendice est libre et sain, à

tel point qu'il n'est pas nécessaire de l'enlever. Ce sont aussi les cas où les chirurgiens notent qu'il leur fut impossible de « découvrir l'appendice ». C'est assez dire combien il est inutile d'enlever plus tard et après refroidissement cet appendice innocent des méfaits pour lesquels on est intervenu. Ceci deviendrait plus évident, si chacun se donnait la peine de publier les cas analogues à ceux que cite M. Lejars, permettant ainsi de réduire à leurs proportions réciproques et véridiques, d'une part la périty phlite, d'autre part l'appendicite isolée, enfin les cas mixtes dont les exemples abondent.

A. Benoît.

Le prolapsus rectal; pathogénie et traitement (15e *Congrès international des Sciences médicales de Lisbonne*, 19 au 26 avril 1906). — Le prolapsus de la muqueuse rectale doit être distingué du prolapsus *total* du rectum. Les conséquences thérapeutiques en sont bien indiquées par M. Napalkon (de Moscou). En effet, tandis que l'excision des plis prolabés de la muqueuse si ce n'est la torsion de la muqueuse à 180°, suffit parfois à guérir le premier, il faut recourir, pour avoir raison d'un prolapsus rectal complet à des interventions assez analogues à celles que l'on a imaginé pour guérir les hernies. En effet, il s'agit bien ici d'une hernie périnéo-rectale, dans laquelle le cul-de-sac vésico-rectal est abaissé, la couche musculeuse du rectum et les muscles du plancher pelvien affaiblis considérablement. Il faut donc, comme pour les hernies communes, supprimer le sac péritonéal, traiter la paroi antérieure du rectum par la *plicature longitudinale*, les muscles releveurs de l'anus par la *plicature transversale* et la suture de leurs bords médians.

A. Benoît.

De l'intervention chirurgicale dans les plaies du poumon (*Soc. de ch.*, 30 mai 1906). — Il est fort délicat de se prononcer sur l'opportunité d'une intervention, dans le cas d'hémorragie interne d'origine traumatique, quand il s'agit du poumon. Souhaitons que cette discussion serve à fixer les opinions à cet égard, les blessures de ce genre étant aussi fréquentes que graves, qu'il s'agisse de plaies par coup de feu ou par coup d'épée. A l'heure actuelle, en effet, la contradiction règne parmi les chirurgiens, chacun s'en rapportant aux cas heureux ou malheureureux dont il fut témoin. M. Tuffier, chez une jeune fille qui s'était tiré un coup de revolver dans la région du cœur, observa de l'emphysème et un pneumothorax accompagné de tous les signes d'une hémorragie interne. Il incisa l'espace intercostal et la plèvre perforés, attira la portion lésée du poumon et put la réséquer après ligature ; le moignon fut fixé à la paroi. La malade succomba le 4e jour à des accidents septiques. M. Delorme semble attribuer ce mauvais résultat à la technique employée. Il eût fallu créer un large volet thoracique et le rabattre suivant la méthode qu'il a décrite.

On peut douter que cette aggravation du traumatisme eût produit de meilleurs effets, puisque l'intervention put être menée à bien à moins de frais. Le cas de M. Tuffier, où la septicémie emporta la malade, semble devoir être rangé dans une catégorie de faits défavorables où la dépression morale laisse les patients exposés aux complications graves. Mais, si M. Michaux fut assez heureux pour arrêter l'hémorragie du poumon avec une seule pince hémostatique à demeure et put guérir son malade, nous trouvons, par contre, plusieurs partisans de l'abstention, soit qu'ils aient à citer les bons résultats de cette conduite, soit, comme M. Delbet, qu'ils aient vu succomber les opérés malgré une opération qui avait permis de suturer les plaies du poumon ou du cœur qui étaient la source de l'hémorragie.

A. Benoît.

Traitement de la tuberculose des muqueuses, par Hollænder (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 4 juin 1906). — L'auteur a constaté que la tuberculose primaire des muqueuses présente une activité destructive très grande : elle exige en conséquence un traitement énergique.

Plus de 100 cas de tuberculose de la muqueuse nasale, avec ou sans lupus cutané, environ 30 cas d'affections tuberculeuses ou lupiques de la bouche ou des gencives, une douzaine de cas de tuberculose labiale, et un cas de tuberculose linguale ont été soumis à l'action de l'air chaud : aucun des cas ne s'est montré réfractaire, et, autant qu'on peut l'affirmer lorsqu'il s'agit de tuberculose, on a obtenu la guérison dans quelques cas avec lésions circonscrites. Après les cautérisations, il est bon de placer sur les points traités des tampons imbibés d'une solution de sublimé au millième. Dans ces derniers temps, ce pansement a été abandonné et remplacé par le procédé suivant. Un quart d'heure avant l'application du pansement, à base de calomel, le patient prend une cuillerée à soupe d'une potion à 5 p. 100 d'iodure de potassium; l'auteur cherche à obtenir cette combinaison de l'iode et du mercure, fort irritante, qui a été signalée par divers ophtalmologues comme

dangereuse. Le calomel est appliqué sur la lésion en nature, ou injecté en suspension dans de l'huile : dans ce dernier cas, il se produira une nécrose à la suite de laquelle la guérison est extrêmement rapide. L'action de l'iodure de mercure est élective, car le calomel ne s'attache guère qu'aux points ulcérés.

En résumé, en combinant l'air chaud au traitement local par l'iodure et le calomel, on arrive à des résultats bien supérieurs à ceux que donnent les autres méthodes, que l'auteur a expérimentées tour à tour (cautérisation avec l'acide lactique, formique, etc.).

E. VOGT.

Emploi de l'hypérémie par stase dans les opérations orthopédiques, par DEUTSCHLANDER (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 1er mai 1906). — Lorsqu'on cherche à assurer la consolidation après opération orthopédique intéressant un os, il faut avant tout chercher à ne pas interrompre l'immobilisation : dans ce but, l'hypérémie par stase devra être préférée, car son action sur la genèse du tissu osseux est connue.

Dans 14 cas d'ostéotomies orthopédiques sous-cutanées et sous-périostées, l'auteur pratiqua, le septième jour après l'intervention, une fenêtre dans l'appareil plâtré au-dessus du point de fracture ; puis il plaça une bande sur le membre (méthode de Bier) pendant six à huit heures tous les jours. La fenêtre permit d'examiner le processus de consolidation au moyen des rayons X. On put constater que dans un cas d'ostéotomie du genou (procédé de Mac Ewen), un dépôt très net de sels calcaires se manifestait dès le dixième jour (trois jours d'hypérémie par stase). Le vingt-huitième jour, le cal osseux avait l'aspect d'un cal au quarantième jour ; nulle part on ne put déceler de l'hyperplasie.

Un autre avantage de la méthode consiste dans le fait que l'atrophie musculaire consécutive à l'immobilisation n'apparaît pas, pour ainsi dire. Dès que l'appareil est enlevé, les malades peuvent mouvoir leur membre d'une façon normale.

E. VOGT.

Traitement des infections chirurgicales graves par le sérum leucocygène de R. PETIT, par PAUL DELBET (*Soc. médicale de l'Élysée*, 2 avril 1906). — L'auteur a obtenu avec ce sérum des guérisons inespérées et c'est pourquoi il a exposé le principe de l'emploi du sérum, sa nature, son mode d'action et les résultats qu'il donne. Le sérum de cheval, injecté dans le tissu cellulaire, jouit de la propriété de provoquer un afflux leucocytaire, c'est ce liquide que R. Petit utilise, après lui avoir fait subir une série de préparations préliminaires. Il en fait soit un sérum, soit une poudre que l'on applique localement sur les régions infectées. L'action de ce sérum est purement locale, le liquide ou la poudre, pour agir, doivent être portés dans la plaie, dans le foyer infectieux ou dans son voisinage immédiat ; on peut le faire pénétrer par injection sous-cutanée, le verser dans une plaie anfractueuse, ou en imbiber des mèches de gaze stérilisée que l'on fait pénétrer dans les plaies ou les anfractuosités. Le sérum, en présence d'une plaie septique, a une action générale et locale. Les phénomènes toxiques diminuent, la température tend à se rapprocher de la normale, le pouls diminue de fréquence. Localement, on voit au bout de quatre à six heures la plaie devenir plus humide, suinter abondamment et, dans les cas graves, il survient une suppuration abondante.

Jamais l'application du sérum ne produit d'intoxication. Paul Delbet a employé le sérum de Petit dans sept cas d'infection grave avec cinq succès et deux échecs, peut-être plus démonstratifs que les succès.

Dans un cas d'infection puerpérale grave, la situation même après un curettage, paraissant désespérée, l'auteur introduisit dans l'utérus des mèches de gaze stérilisée, largement imbibées de sérum de Petit. Le lendemain, la situation générale était très améliorée et la malade guérisait rapidement. Les quatre autres cas de guérison ont trait à des appendicites graves. Dans les deux insuccès, il s'agissait dans un cas d'un kyste de l'ovaire, l'opération fut suivie d'une septicémie intestino-péritonéale, dans l'autre, d'une opération d'hémorroïdes sphacélées. L'emploi du sérum donna une amélioration momentanée très nette, mais les accidents septicémiques reprirent le dessus.

L. JUMON.

L'anesthésie en petite chirurgie, par le Dr ZUR VERTH (*Munch. med. Woch.*, 8 mai 1906). — Les opérations de petite chirurgie n'exigent pas une anesthésie aussi profonde que les opérations de longue durée. L'auteur s'est servi, dans ce but, de l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale. Pour la première, il se sert de l'éther. Une demi-heure auparavant, il fait une injection d'un centigramme de morphine. Puis, le moment venu, il fait respirer au malade de l'éther à l'aide d'un masque jusqu'à ce qu'il obtienne la simple résolution, ce qui arrive au bout de trois ou quatre respirations, avec environ 30 grammes d'éther. Il s'agit d'obtenir une sorte d'état d'ivresse qui n'offre

aucun danger et qui donne une anesthésie suffisamment longue pour les petites opérations : fistules rectales, hémorroïdes, incisions de phlegmons, petites opérations plastiques de la peau, désarticulation des doigts, résection de fragments de côtes, extraction de dents, incision d'abcès périthyphlitiques facilement accessibles.

Comme procédé d'anesthésie locale, l'auteur se sert d'abord de l'anesthésie par infiltration de Schleich pratiquée à l'aide d'une solution de 0 gr. 10 de cocaïne, dans 100 grammes de solution saline physiologique à laquelle il ajoute quelques gouttes d'une préparation surrénale, qui a l'avantage de donner une anesthésie locale plus persistante. La solution doit toujours être fraîchement préparée afin d'éviter les accidents locaux.

Enfin, l'auteur a recours aussi à l'anesthésie dite de conduction, qui consiste à supprimer la fonction de transmission d'un nerf sensible par une injection de cocaïne sur son trajet. La solution est à un demi ou à 1 p. 100, on injecte un centimètre cube dans l'épaisseur ou dans le voisinage du nerf sensible. Il est certain que l'anesthésie est plus parfaite si l'injection est faite entre les fibres nerveuses. Pour la durée de l'anesthésie, il est utile de maintenir le plus longtemps possible la solution au point d'injection, ce qui peut se réaliser en appliquant un lien autour de l'extrémité sur laquelle on opère, mais ce dernier point n'est pas indispensable. On peut le mettre en pratique surtout sur les doigts. En opérant sur un doigt, on fait, par exemple, quatre injections au même niveau, deux du côté de l'extension et deux du côté de la flexion, d'un quart de centimètre cube chacune. L'anesthésie est complète au bout de cinq à huit minutes.

L. JUMON.

L'anesthésie médullaire, particulièrement avec la stovaïne, par WAYNE BABCOCK (*Therap. Gazette*, 15 avril 1906). — L'auteur a fait un grand nombre d'opérations avec l'anesthésie médullaire qui a des avantages et des inconvénients. Les inconvénients de la méthode sont les suivants : La partie inférieure de l'abdomen n'est pas toujours complètement anesthésiée. Parfois l'anesthésie échoue, ce qui arrive dans 4 p. 100 des cas, par suite de fautes de technique. La méthode ne s'adapte guère à ceux qui ne sont pas versés dans la chirurgie. On ne peut éliminer l'élément mental et la crainte éprouvée à la vue de l'opération. Cependant des opérations ont pu être facilement faites chez des enfants. Occasionnellement, on peut donner de petites doses de morphine et de scopolamine avant l'opération. Un garçon de neuf ans reçut une injection d'un centigramme de morphine et dormit pendant l'amputation de la jambe. La méthode n'exclut pas la possibilité d'infecter les méninges et de provoquer la paralysie respiratoire par la stovaïne. Elle exige des opérateurs minutieux.

Les avantages de la rachistovaïnisation sont nombreux : absence d'irritation des méninges, de vaso-constriction, stabilité et propriété antiseptique de la stovaïne. Absence de séquelles désagréables. Diminution du shock.

L'anesthésie médullaire est probablement plus efficace pour prévenir le shock que la méthode de Crile. Elle serait particulièrement indiquée après les écrasements des membres inférieurs dans les accidents de chemin de fer. Dans un de ses cas, l'auteur a vu les phénomènes du shock se dissiper avec l'anesthésie médullaire pendant l'amputation d'un pied.

L'anesthésie médullaire n'altère pas les fonctions générales du corps et n'exerce pas d'action toxique sur les organes. Elle élargit les applications opératoires chez les sujets âgés, chez ceux qui sont atteints de lésions rénales, pulmonaires ou cardiaques graves. L'auteur a pu ainsi pratiquer deux néphrolithotomies et une néphrectomie sans symptômes consécutifs sérieux. La rachistovaïnisation exerce une action apparemment favorable sur certaines affections nerveuses douloureuses, surtout sur la sciatique.

La mort peut survenir pendant l'anesthésie médullaire. Dans un cas, elle fut le résultat d'une injection intra-durale d'alypine. Dix minutes après l'injection, le malade se plaignit d'oppression, d'angoisse précordiale, tomba dans la résolution et dans un état comateux et cessa de respirer. Le massage du cœur ne put ranimer le patient. Mais à l'autopsie, des lésions vasculaires considérables furent trouvées et donnèrent à penser que l'accident aurait pu se produire avec d'autres substances.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Typhlocolite muco-membraneuse et appendicite, par M. DIEULAFOY (*Académie de médecine*, 29 mai 1906). — Après une longue période opératoire dont on connaît les succès et les revers, M. DIEULAFOY, dont les théories contri-

buèrent le plus à faire admettre le traitement chirurgical contre toute forme d'appendicite, exprime, dans une nouvelle communication, son désir de soustraire à la règle tous les cas de *typhlocolite muco-membraneuse* ou *sableuse*. Voici restaurée, sous une forme non douteuse, l'ancienne typhlite, dans laquelle l'expulsion de mucosités, de peaux et de sable, dans les intervalles de la diarrhée et de la constipation, a été de tout temps signalée. Ce mouvement de recul est de nature à troubler la religion de nombreux praticiens, pour lesquels toutes les crises douloureuses de la fosse iliaque droite relevaient de l'appendicite. Seules les suppurations et les foyers appendiculaires à toxicité bruyante réclameront un traitement chirurgical. Et l'on peut dire à ce jour que rien n'est changé, sauf la reconnaissance des droits chirurgicaux dans les infections appendiculaires à symptomatologie très grave d'emblée et menaçant la vie des patients.

A. Benoit.

Traitement de la dyspepsie par hyperacidité, par L. Furst (*Wiener med. Presse*, 20 mai 1906). — On aurait tort, d'après l'auteur, de négliger le traitement de la dyspepsie chronique des classes aisées, qui est causée par des écarts ou plutôt par des excès de régime. Ces dyspepsies aboutissent facilement en effet à des lésions plus ou moins persistantes de la muqueuse gastrique, de l'autre elles peuvent compromettre la nutrition dans une grande mesure. Furst recommande aux malades de faire de petits repas. L'alimentation, autant que possible, ne doit pas être excitante et doit être facilement digestible. On permettra le lait, le cacao, les soupes maigres, des purées, des soupes, des viandes légères un peu grillées auparavant, des poissons en rejetant ceux qui sont gras, des fruits cuits avec un peu de sucre et divers légumes à condition qu'ils soient tendres (asperges, choux-fleurs, épinards). On défendra les conserves, les viandes grasses et marinées, les salades acides, les fruits secs. Les pommes de terre ne doivent être permises qu'en petite quantité, de même que les biscuits frais et les aliments très sucrés. En général, on admet que les liquides ne doivent pas être absorbés en trop grandes quantités, ils ne doivent être ni trop chauds, ni trop froids. En dehors du café, du cacao, du café de malt, on peut permettre les eaux acidulées gazeuses avec un peu de vin rouge, les bières riches en houblon, mais peu alcooliques. En observant ces prescriptions diététiques, on peut obtenir la diminution des sécrétions chlorhydrique et muqueuse en excès, et l'amélioration de l'état atonique et de la dilatation de l'estomac. Cependant le régime indiqué ne suffit pas par lui-même à produire une neutralisation relative durable du contenu stomacal, ni par conséquent pour supprimer complètement les symptômes pénibles, tels que les éructations, le pyrosis, les nausées, la perte d'appétit et les flatulences. Il faut recourir à la médication alcaline. Si les troubles sont passagers, il suffira pendant quelque temps de donner du bicarbonate de soude. Mais lorsque le traitement doit être prolongé pendant plusieurs mois, il est préférable de recourir aux eaux alcalines, notamment à celles de Vichy, Grande Grille, Hopital ou Célestins, ou même aux comprimés qui constituent une forme commode, bien supérieure au bicarbonate de soude ordinaire et que l'on prend trois fois par jour une demi-heure après le repas.

L. Jumon.

Observations cliniques sur l'ulcère de l'estomac, par H. Schroeder (*The Am. J. of the med. sc.*, mai 1906). — Quelques observations d'ulcère gastrique que l'auteur a recueillies lui ont suggéré certaines réflexions au point de vue thérapeutique. Dans les hémorragies graves, il est probable que le repos absolu et la morphine surtout sont suffisants pour les arrêter. Il est certainement contre-indiqué de recourir aux moyens qui peuvent relever la tension sanguine et, si le malade est dans un état syncopal, le mieux est de faire lentement des injections salines isotoniques. L'adrénaline n'a pas grande valeur comme hémostatique quand elle est administrée à l'intérieur. Les injections de stypticine ont paru mieux réussir.

La méthode d'alimentation a toujours une importance extrême dans le traitement de l'ulcère gastrique. Les indications dépendent de l'état de l'estomac. L'alimentation par la bouche doit d'abord être absolument proscrite, surtout lorsque l'estomac ne se vide pas de lui-même.

Lorsque l'alimentation par la bouche est permise, il est de règle de recourir au lait. Mais la présence de l'acide chlorhydrique en excès donne lieu à de gros caillots extrêmement consistants qui ont beaucoup de peine à se désagréger. Ces caillots peuvent aggraver toutes les conditions qui sont des causes de malaise pour le malade. Pour éviter cet inconvénient, il faut donner le lait dilué, mais surtout peptonisé pendant une heure. Cet état permet de le donner pur et même d'y ajouter un peu de crème, ce qui diminue l'irritabilité de la muqueuse de l'estomac et arrête une sécrétion trop acide. Si les circonstances le permettent,

on ajoutera encore au lait du sucre, de la lactose, de la farine d'avoine et un œuf. L'alimentation rectale ne peut être prescrite que pour un temps limité, car elle ne tarderait pas à devenir insuffisante. Il est même difficile de calmer longtemps la soif par l'injection rectale de liquide. Comme lavement nutritif, l'auteur emploie surtout du lait et des œufs, peptonisés pendant trois heures, auxquels il ajoute du sucre et du sel et, au besoin, X gouttes de teinture d'opium. Toutes les six heures, on donne 120 à 180 grammes de ce mélange. Il n'est peut-être pas prudent de donner des lavements avec des préparations de viande ou d'extrait de viande, car on peut augmenter ainsi la sécrétion gastrique avec son acidité.

Une fois que le malade est guéri, c'est-à-dire délivré de tous les symptômes, il faut le maintenir dans son état de santé; à cet effet, le malade doit éviter tout ce qui peut irriter son estomac. S'il survient dans la suite des accidents, par suite de rétractions cicatricielles, le traitement chirurgical seul peut y remédier. Enfin les symptômes de l'ulcère peuvent récidiver, mais alors on peut être certain, pour l'auteur, qu'il n'existe pas d'obstruction cicatricielle du pylore. Le traitement chirurgical est indiqué lorsqu'il existe une obstruction cicatricielle ou par adhérences et lorsque les hémorragies reviennent fréquemment. On peut alors recourir à la gastro-entérostomie, à l'excision de l'ulcère ou à des opérations plastiques sur le pylore.

L. JUMON.

Action thérapeutique de la bile dans les affections hépatiques et gastro-intestinales, par M. NIGAY (*Soc. méd. de l'Elysée*, 2 avril 1906). — Dans cette communication, l'auteur donne d'abord un aperçu substantiel de la physiologie de la fonction biliaire, puis montre, par de nombreux exemples, que l'extrait de bile ou la bile de bœuf peut rendre des services dans de nombreuses affections gastro-intestinales et hépatiques; il termine son travail par les conclusions suivantes:

La bile n'est pas seulement un produit excrémentitiel; elle est surtout une sécrétion indispensable au fonctionnement de l'organisme. Utile à la digestion, indispensable à l'absorption des graisses, elle remplit un rôle antifermentescible. Nécessaire, d'après Kuss, à la rénovation de l'épithélium intestinal, elle a, d'après les récents travaux de Roger, la propriété d'empêcher la coagulation du mucus intestinal dans l'intestin grêle. Enfin, elle est le véritable stimulant nécessaire à l'activité du foie.

La diminution, la suppression ou l'altération du flux biliaire dans l'intestin aboutissent à ce qu'on pourrait appeler le syndrome de l'insuffisance biliaire : troubles dans l'absorption et la digestion. Dénutrition, constipation, fermentation, formation de glaires et de fausses membranes, torpeur sécrétoire du foie lui-même.

La bile est le meilleur des cholagogues: l'opothérapie biliaire mérite une excellente place en thérapeutique.

A dose thérapeutique, la bile n'est pas toxique; les pigments biliaires étant l'élément toxique, on peut la décolorer. La bile est indiquée dans la lithiase biliaire, les ictères, l'acholie, la cholémie, et, en général, toutes les fois qu'il y aura insuffisance biliaire.

Elle trouve également son emploi contre les accidents dyspeptiques et principalement contre la constipation et l'entérocolite, affections le plus souvent consécutives à l'insuffisance biliaire et, dès lors, tributaires de la cure de Vichy et de l'opothérapie biliaire.

Comme préparation, on utilise depuis longtemps l'extrait de fiel de bœuf. Les doses moyennes sont de 50 centigrammes à 1 gramme, administrées par pilules de 10 à 20 centigrammes prises aux repas. En cas de nécessité de déterminer une chasse biliaire vigoureuse, M. Nigay conseille d'aller jusqu'à 5 grammes d'extrait, mais il serait imprudent de continuer longtemps une telle dose. Comme la bile ne doit être mise en liberté que dans l'intestin, il faut la donner en pilules glutinisées. Il est utile enfin de faire boire le malade un peu plus que normalement, afin d'éviter l'épaississement de la sécrétion biliaire qui est plus abondante avec l'extrait de bile; on peut, d'ailleurs, associer au fiel de bœuf certaines substances fluidifiantes telles que l'évonymine et le podophyllin. Si l'on se trouve en présence d'accidents infectieux, il sera utile d'administrer, en même temps, du salol.

L. JUMON.

Cirrhose atrophique guérie par le suc hépatique, par J. CARLES (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 4 mai 1906). — L'auteur a rapporté l'histoire d'un malade atteint de cirrhose atrophique avec ascite ponctionnée dès son entrée à l'hôpital. Malgré l'urgence d'une deuxième ponction sept jours après la première, qui cependant avait donné issue à sept litres de liquide, M. Carles temporise et prescrit au malade du suc hépatique. Il survint très rapidement une diurèse abondante et l'état s'améliora. L'auteur préconise ce mode de traitement, parce que, sans être une panacée, il peut donner d'excellents résultats surtout dans la période précirrhotique.

Le suc hépatique a été employé par M. Cassaët dans une trentaine de cas environ avec amélioration des accidents toxiques. M. Mongour a présenté une série de cirrhotiques guéris ; pour lui, les cas les plus heureux sont ceux qui présentent de l'ascite mécanique.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux,

Dr G. LYON,

Ex-Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Histoire de trois anévrismes guéris par la médication hypotensive, par HUCHARD (*Journal des praticiens*, 19 mai 1906). — Il s'agit d'un anévrisme de la sous-clavière gauche, d'un autre du tronc trachéo-céphalique, d'un troisième situé sur la portion transverse et descendante de l'aorte thoracique. Les deux premiers ont été suivis pendant huit ans par l'auteur, le dernier pendant quatre ans : deux ont été définitivement guéris.

Pour obtenir une action sur les anévrismes, il faut abaisser la tension au-dessous de la normale. On y arrive en prescrivant le repos presque absolu au lit pendant toute la durée du traitement, le régime alimentaire et les médicaments hypotenseurs et vaso-dilatateurs.

L'hypertension est favorisée par les aliments renfermant des toxines vaso-constrictives. On défendra donc le bouillon et les potages gras, les viandes, surtout faisandées et peu cuites, les poissons, surtout de mer, le gibier, les conserves, les fromages faits, les aliments salés, le thé, le café, les liqueurs, les bières fortes, le vin en excès, le tabac.

Comme médicaments, la trinitrine, le tétranitrol, le nitrite de soude : l'importance des iodures a été exagérée. La haute fréquence n'exerce qu'une action passagère.

Chez les syphilitiques porteurs d'anévrisme, il y a danger à utiliser les injections mercurielles qui peuvent impressionner défavorablement le rein : or, c'est là qu'est le danger, car la sclérose rénale aboutit promptement à l'hypertension artérielle. Le régime lacté et la théobromine, qui favorise l'élimination des toxines vaso-constrictives, contribueront à prévenir l'augmentation de la pression vasculaire,

E. VOGT.

Remarques sur la pathologie et le traitement de l'artériosclérose (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 28 mai 1906). — MOHR se range à l'opinion exprimée pour la première fois par Thoma, qui fait de l'artériosclérose l'expression de l'usure des parois vasculaires : on l'observe surtout dans les segments vasculaires qui président à l'irrigation des muscles fournissant le plus de travail (cœur, par exemple). Cette usure apparaîtra plus ou moins rapidement sous l'influence de causes multiples, parmi lesquelles l'hypertension artérielle habituelle joue le rôle principal : la prédisposition héréditaire présente aussi une grande importance.

L'auteur, contrairement à l'opinion de Huchard, estime que l'administration longtemps prolongée des iodures à faible dose exerce une action hypotensive manifeste : il recommande d'un autre côté, chez les syphilitiques, l'emploi du mercure, dont Huchard préfère se passer, à cause de l'action nocive que ce médicament exerce sur le rein.

L'iodure agirait, pour l'auteur, en fluidifiant la masse sanguine tout en ne diminuant pas sa viscosité : ce sont les hématies qui subissent les modifications ayant pour effet de les faire glisser plus aisément sur les obstacles.

Le régime lacto-végétarien est approuvé sans réserve par l'auteur, que la teneur élevée du lait en sels calcaires n'effraie pas. L'alimentation décalcifiée n'a pas de raison d'être, car l'artérioscléreux trouve suffisamment de sels calcaires dans ses os pour former des plaques athéromateuses.

Le sérum de Trumcek ne semble pas avoir constitué un progrès dans le traitement de l'artériosclérose.

E. VOGT.

Traitement de la bronchectasie, par STANLEY-BOX (*The Practitioner*, juin 1906). — La bronchectasie invétérée n'est pas guérissable, mais on peut améliorer beaucoup la santé des malades. Le traitement, d'abord pulmonaire, a pour but de vider les cavités, de combattre la fétidité, de limiter le catarrhe, de diminuer la dimension des dilatations, d'améliorer les fonctions respiratoires en général.

Pour vider les cavités, il est très utile de faire prendre au malade des positions spéciales du corps pour favoriser la toux et l'évacuation des bronches. L'expérience indiquera le décubitus à prendre et le malade se soumettra à cette position le matin, dans le milieu du jour et en se couchant.

Pendant deux ou trois jours, le malade prendra une mixture expectorante composée d'iodure de potassium, de vin d'ipéca, d'alcool chloroformé et d'infusion de sénéga, puis on lui fera prendre un matin une dose de vin d'ipéca jusqu'à effet vomitif. L'objet du traitement est de créer

un flot muqueux abondant qui entraîne les sécrétions stagnantes. Pour désodoriser les sécrétions, on fait inhaler de l'eucalyptol, du thymol, du goudron, de la créosote. On peut employer encore les grandes pulvérisations, les bains de vapeur créosotée. Mais ces vapeurs étant irritantes et leur odeur très tenace, l'emploi de ces bains exige certaines précautions. Leur effet est d'exercer les organes respiratoires, de provoquer l'évacuation des cavités, puis les bronches dilatées se rétractent et la santé générale s'améliore beaucoup. Les injections intra-trachéales donnent d'excellents résultats dans les cas invétérés de bronchectasie fétide. On injecte 3 ou 4 grammes de la solution suivante avec une seringue spéciale deux fois par jour :

Menthol.....	10	parties
Gaïacol.....	2	—
Huile d'olive.....	88	—

Il faut toutefois s'abstenir de pratiquer ces injections chez les phtisiques par crainte de propager l'infection des lobes supérieurs aux lobes inférieurs.

A l'intérieur, on emploiera l'essence de térébenthine, le goudron, la créosote, le copahu, le thymol, le gaïacol, l'eucalyptol. L'auteur recommande trois fois par jour 10 grammes d'huile de foie de morue avec II gouttes de créosote. L'ail donne encore les meilleurs résultats, en raison de ses propriétés antiseptiques, stimulantes. On peut le donner mélangé au thé, à l'œuf ou haché en capsules gélatineuses. On peut encore recourir à des capsules contenant une demi-goutte d'essence d'ail trois fois par jour.

Le traitement mécanique a été proposé par Gerhardt qui en a obtenu certains résultats; il consiste dans la compression manuelle expiratoire méthodique de la poitrine et de l'abdomen.

Le traitement climatique est réalisé dans les stations où la température est chaude et égale. Les eaux sulfureuses peuvent être très utiles. Enfin on doit associer à ce traitement la gymnastique respiratoire.

Un traitement général par l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, les sels de chaux, peut être nécessaire pour combattre les effets déprimants du catarrhe prolongé.

L. Jumon.

Traitement de l'œdème pulmonaire, par L. Coplin (*The Therapeut. Gazette*, 15 avril 1906). — Le traitement de cette affection, pour être efficace, doit être rapide et énergique. Grossmann, ayant noté que la muscarine peut produire l'œdème, a recommandé pour le combattre un antagoniste, l'atropine, mais ceux qui ont essayé ce médicament ont été désappointés. Huchard croit que l'atropine exagère la parésie bronchopulmonaire, empêche la diurèse et par conséquent peut être dangereuse. On peut essayer la digitale ou mieux la digitaline, le camphre sous forme d'huile camphrée, la caféine ou les injections sous-cutanées d'éther. Flint recommande les drastiques, les ventouses sèches sur la poitrine et les sinapismes. Les bains d'air chaud et les inhalations d'oxygène ont quelquefois donné un soulagement marqué. Huchard déconseille les vésicatoires et les autres formes de révulsion en raison de leur action dépressive sur la sécrétion rénale. Tous les auteurs qui ont essayé la saignée ont recommandé ce moyen comme le plus sûr et le plus rapide pour combattre l'œdème pulmonaire. La saignée entraîne les substances toxiques, diminue rapidement la pression du ventricule droit, combat la tendance à la congestion pulmonaire et exerce une action résorbante sur l'exsudat interstitiel du tissu pulmonaire. La quantité de sang à soutirer doit être déterminée par la tension et la résistance du malade à la perte sanguine. Huchard conseille une saignée de 300 à 400 grammes. Plus tôt la saignée est pratiquée et meilleurs sont les résultats. Le moment où la saignée est efficace passe en effet rapidement. Les ventouses sèches et scarifiées sont moins efficaces et leur action est moins rapide que la saignée. La caféine, la strychnine, le musc, le camphre, la digitale, l'éther et l'alcool sont utiles pour soutenir les bons effets de la saignée, mais ne peuvent lui être substitués. Bouveret recommande, après la saignée, de larges doses d'alcool, des injections sous-cutanées d'éther et de caféine et une purgation drastique. Les attaques d'œdème pulmonaire étant sujettes à revenir, il est important de combattre les prédispositions ou les états étiologiques qui les déterminent, on portera surtout son attention sur les affections cardiaques et rénales chroniques et sur l'artériosclérose. Dans les cas de lésions rénales, il est très utile, dans ces cas, de recourir au régime lacté. Les iodures qu'on prescrit souvent dans l'artériosclérose doivent être maniés avec prudence. Le malade prendra des précautions contre le froid, le surmenage ; il se gardera de toute faute diététique et même s'interdira le coït. En raison de la répétition des attaques, il est bon de prévenir l'entourage du malade du danger auquel il est exposé. L. Jumon.

La tuberculose pulmonaire et les climats d'altitude, par Schroeder (*Deutsch. med. Ztg.*, 17 mai 1906). — L'auteur estime (il a surtout en vue

la station de Davos) que les praticiens ne se montrent pas suffisamment prudents en conseillant le séjour à cette station à leurs malades ; il en est même qui autorisent un séjour à titre d'essai. Or, si le climat d'altitude donne de merveilleux résultats dans quelques cas bien choisis, il s'en faut qu'il convienne à tous : les appareils circulatoire et nerveux, les muqueuses peuvent être grandement irrités. Chaque fois que l'on constate une anomalie cardio-vasculaire, une modification du sang, etc., il est préférable de s'abstenir.

L'immunité relative des indigènes dans les pays d'altitude tient autant au manque d'agglomérations urbaines, aux habitudes et au régime de la population qu'à l'effet de l'altitude en elle-même. Du reste, la tuberculose laryngée, qui permet l'observation directe de la marche du processus sous l'influence du séjour sur les hautes montagnes, ne permet pas de constater des résultats supérieurs à ceux obtenus dans les stations du bas pays : bien plus, nombre de tuberculeux laryngés ne supportent pas le séjour dans l'air raréfié : la toux augmente.

Il est possible que les statistiques des altitudes soient faussées du fait que les malades affluent dans ces stations, sans avoir été au préalable minutieusement sélectionnés : en tout cas, pour l'auteur, le tuberculeux peut guérir dans son pays d'origine s'il est bien dirigé.

E. VOGT.

Recherches sur l'alimentation des phtisiques. — Les œufs, par ROBIN et BINET (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 mai 1906). — La plupart des médecins conseillent aux phtisiques de manger beaucoup d'œufs. Ceux-ci renferment, en effet, non seulement des albuminoïdes, mais encore des matières grasses, de la lécithine et des principes inorganiques, tels que l'acide phosphorique, la chaux et le fer qui sont, pour le malade, d'indispensables éléments de réminéralisation.

Mais combien d'œufs convient-il de conseiller, et existe-t-il une limite au-dessus de laquelle les œufs peuvent accroître les échanges respiratoires et stimuler une fonction dont il est préférable d'apaiser l'activité ?

Une expérience des auteurs démontre que les œufs, au nombre de 12 par jour, tout en étant bien tolérés, élèvent les échanges respiratoires, malgré l'action restrictive de l'arrhénal, tandis qu'au nombre de 6, ils restreignent ces échanges au-dessous de leur taux initial.

E. VOGT.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

La migraine, par le Dr MENDEL (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 17 mai 1906). — Cette affection étant héréditaire, il est pour cette raison difficile d'obtenir des guérisons radicales, mais on peut diminuer le nombre et l'intensité des accès. Le régime joue un rôle important : avant tout, il faut recommander la suppression de l'alcool et du tabac. En outre, on ne permettra la viande qu'une fois par jour : le régime lacto-végétarien, avec eaux gazeuses comme boisson, contribuera, en régularisant les selles, à éloigner les accès.

Le séjour au bord de la mer est, dans la plupart des cas, défavorable : la montagne, en revanche, donne de bons résultats. Les stations thermales augmentent en général les accès.

On soignera les affections oculaires, nasales, celles de l'appareil sexuel.

L'eau froide (frictions avec de l'eau à 20°) aura une influence favorable quand il ne s'agit pas d'anémiques : l'électrothérapie (courant galvanique ou faradique) doit être continué longtemps pour produire des effets curatifs.

Comme médicaments, on donnera l'acide arsénieux, la quinine, le fer (en cas d'anémie) et surtout les gouttes suivantes :

Trinitrine.....	0 gr. 10.
Acide phosphorique.. }	ââ 10 grammes.
Alcool..... }	

Deux gouttes deux fois par jour.

L'auteur recommande aussi de donner pendant vingt jours de suite par mois, après le premier déjeuner, dans une tasse de valériane ou de fleur d'oranger, une poudre ainsi formulée :

Bromure de sodium.....	2 gr. 50
Salicylate de soude.....	0 » 25
Aconitine.....	0 » 0001

Quand l'accès a coutume de se manifester dès le réveil, la poudre sera prise le soir, au moment du coucher.

Le traitement de l'accès exige le repos dans l'obscurité, la tête relevée. Chaque malade s'administre en général un médicament préféré (pyramidon, phénacétine, etc.). Si l'on n'obtient rien avec ces médications usuelles, on peut essayer des mélanges, tels que : lactophénine, 0 gr. 50; citrate de caféine, 0 gr. 2.

Si l'on est forcé de recourir à la morphine, on fera bien d'ajouter à la solution 0 gr. 0001 d'atropine pour 0 gr. 015 de morphine, dans le

but d'atténuer ou de supprimer les vomissements.

E. VOGT.

Procédé simple de lavage du cerveau et de la moelle, par LAURENT (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 mai 1906). — L'auteur propose, en cas de méningite aiguë, pour renforcer l'action des ponctions lombaires, de diminuer leur gravité et de les rendre même inoffensives par les injections sous-cutanées de sérum artificiel, d'une quantité supérieure à celle du liquide à retirer. On put, de cette façon, soustraire, sans danger ou avec un minimum de danger, de grandes quantités de liquide céphalo-rachidien, et le remplacer par un autre sous pression nulle ou moindre, la méthode réalisant un *véritable lavage céphalo-rachidien*. Dès lors, toutes les formes de méningite pourraient être plus ou moins fréquemment et plus ou moins favorablement influencées. Selon les circonstances, l'injection est combinée à la simple ponction lombaire à hautes doses, à la trépanation cranienne avec ouverture des méninges, destinée à l'évacuation du pus. Dans le tétanos, l'injection de sérum artificiel serait combinée à l'injection de sérum spécifique et au retrait de grandes quantités de liquide céphalo-rachidien.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traitement électrique des névralgies vésicales, par DENIS COURTADE (*Soc. médicale de l'Élysée*, 2 avril 1906). — On ne doit penser à une névralgie vésicale que lorsqu'on est certain d'abord que la douleur a bien pour siège la vessie, en second lieu lorsqu'on aura éliminé toutes les causes dépendant d'une affection vésicale. La névralgie peut tenir à une maladie diathésique, comme la goutte, le rhumatisme, à une altération du système nerveux, soit à une compression des nerfs périphériques, soit à une lésion des centres nerveux, comme chez des tabétiques. Lorsque ces causes sont éliminées, il faut s'arrêter à une névralgie pure, qui s'observe surtout dans les névroses, l'hystérie, l'épilepsie et la neurasthénie. Enfin il est des névralgies vésicales d'origine réflexe, ayant leur point de départ dans le rein, dans l'urèthre, ou dans un organe voisin, rectum, anus, utérus, annexes.

Le traitement s'adresse d'abord à l'état général, puis à l'état local.

Dans le premier cas, on aura recours soit aux courants statiques, soit aux courants, de haute fréquence, légers, surtout par auto-conduction. Ces courants peuvent être associés à l'hydrothérapie et à la médication arsénicale et donnent d'excellents résultats.

Pour traiter la névralgie elle-même, on se sert soit du courant continu, soit de la haute fréquence. Avec les courants continus, on place la grande plaque sur la région lombaire et une autre sur la région sus-pubienne. Le pôle positif est mis en rapport avec cette dernière et on fait passer un courant de 0,0005 à 0,001 par centimètre carré d'électrode active. On peut associer au courant galvanique le courant faradique à intermittences lentes. La séance dure de quinze à vingt minutes. On n'atteindra que progressivement l'intensité voulue, en évitant l'exaspération des douleurs par le courant.

Pour les courants de haute fréquence, on introduit l'électrode en argent de Doumer ou l'électrode condensatrice d'Oudin dans le rectum.

L. JUMON.

Observation d'un cas double de testicule tuberculeux traité et guéri par les effluves de haute fréquence, par BONNEFOY (*Arch. d'électr. médicale*, 10 mai 1906). — Jeune homme, âgé de vingt-sept ans : en juillet 1902, sans cause apparente, le testicule droit gonfle peu à peu au point de doubler de volume au bout de trois ou quatre semaines.

A la suite d'un repos prolongé et d'applications de pommades résolutives, le gonflement diminua quelque peu; actuellement on constate encore une induration notable de l'épididyme qui occupe la moitié du volume du testicule.

Quelques mois après, le testicule gauche est pris à son tour, d'abord indolore; mais, à la suite d'équitation, la tuméfaction augmenta considérablement, et il se déclara un abcès volumineux qui obligea le malade à garder le lit pendant près d'un mois.

Le malade fit alors une cure aux eaux de Bex, laquelle améliora un peu sa santé générale; puis il fut envoyé à Cannes, où cette amélioration se continua.

Néanmoins les testicules restaient sensiblement dans le même état : le gauche est le siège de deux fistules donnant issue à un liquide séro-purulent assez abondant. En même temps, le cordon testiculaire du côté gauche est tuméfié et douloureux à la pression.

L'auteur fit des séances quotidiennes, de six à huit minutes de durée, d'effluves de haute

fréquence avec, de temps en temps, des étincelles, du 26 janvier au 11 février.

Dès les premières séances, la sensibilité à la pression du testicule et du cordon disparut complètement, en même temps que la tuméfaction diminuait dans de notables proportions.

Les séances furent alors espacées; tous les deux jours d'abord, puis deux fois par semaine, jusqu'au 28 mars, époque à laquelle le malade quitta Cannes pour retourner chez lui.

Il avait eu en tout trente-cinq séances.

A ce moment, le testicule droit était revenu à son état normal, et il ne restait aucune trace d'induration de l'épididyme : à gauche, il reste à peine un peu d'induration.

La guérison date de deux ans aujourd'hui. L'auteur n'a trouvé aucun cas analogue dans la littérature.

E. Vogt.

Traitement médical des maladies des reins, par James Tyson (*Med. Record*, 10 février 1906). — Les indications sont, d'après l'auteur, de rétablir le rein dans son état naturel et d'écarter les dangers qui menacent l'économie. Elles sont plus faciles à suivre dans la néphrite aiguë que dans la néphrite chronique. Dans la néphrite aiguë, les conditions sont plus favorables pour le retour à l'état normal, si l'on fait observer le repos, surtout le repos au lit. L'alimentation doit être telle qu'elle ne puisse surcharger la fonction du rein et se compose d'abord de lait pur ou coupé d'eau, d'eau de Vichy ou d'eau gazeuse. On peut exercer une action déplétive sur les reins par une purgation saline ou du calomel. Dans la majorité des cas, le traitement suffit pour remplir les indications. Cependant deux symptômes méritent une attention particulière, ce sont l'œdème et l'urémie. Heureusement le même traitement appliqué contre le premier agit aussi contre la seconde. On doit d'abord insister sur les purgations. On emploiera ensuite les bains de vapeur, les bains d'air chaud ou d'autres méthodes pour provoquer la diaphorèse. Cependant l'élimination déterminée par la purgation est plus efficace que par la perspiration. Les moyens employés dans ces cas aigus doivent être continués dans les cas chroniques où l'on emploiera en outre les injections rectales profondes d'eau chaude et les injections salines sous-cutanées. L'hypodermoclyse est parfois très utile dans le traitement de l'urémie, mais on ne doit jamais l'employer sauf associée avec la saignée, de manière à éviter la réplétion exagérée du cœur droit. On dilue beaucoup mieux les toxines en introduisant la solution saline après une saignée. Les diurétiques dans le traitement de ces cas tiennent une place secondaire. On ne doit pas les employer avant d'avoir eu recours aux diaphorétiques et aux purgatifs. Aucun médicament n'a le pouvoir d'influencer l'état des reins atteints d'inflammation chronique, ni même l'albuminurie. Le repos reste alors un adjuvant important, son seul inconvénient est lié au défaut d'exercice. Mais alors on peut avoir recours au massage.

Dans les cas où l'on trouve l'albuminurie d'une façon accidentelle, Tyson ne donne aucun traitement, mais met le patient en garde contre les écarts d'hygiène et d'alimentation. En première place on peut prescrire le lait, mais jamais plus d'un litre par jour. Le régime se compose ensuite de pommes de terre, riz, haricots, tomates, plats sucrés ; on peut permettre la viande en quantité modérée. Ici la quantité est un élément d'une certaine importance et on ne doit jamais permettre une alimentation exagérée. Les œufs sont permis, mais il faut surveiller les idiosyncrasies et voir si l'albuminurie n'augmente pas par leur usage. L'alcool doit être prohibé, les condiments sont considérés comme nuisibles. Le café, le thé, le tabac se rangent dans la même catégorie que l'alcool, et ne peuvent être pris qu'en quantité très modérée. Pour augmenter la diurèse, on peut recourir au citrate de potasse. Les iodures sont également recommandés dans quelques cas avec artériosclérose. L'opium doit être évité le plus possible. Dans la rétinite albuminurique, l'auteur a obtenu parfois une amélioration par le biiodure ou bichlorure de mercure associé aux iodures.

L. Jumon.

La quinine dans l'hématurie paludéenne, par C. Buck (*The Therap. Gaz.*, 15 avril 1906). — On n'a guère considéré l'hématurie palustre que comme une complication de la malaria; cependant il s'agit d'une maladie causée par les plasmodies et ayant des traits caractéristiques. Si, d'après Buck, on donne la quinine avant que l'intestin soit nettoyé, que l'urine ne contienne plus de sang, ses effets peuvent être désastreux. Si l'accès a été assez fort pour causer de l'hématurie, les plasmodies sont détruites ou à peu près, de sorte que la quinine n'est pas indiquée ou du moins pas assez pour exposer le malade à ses effets nocifs. Une fois que l'intestin a été nettoyé, que la torpidité du foie a disparu, ce qui se reconnaît aux selles bilieuses, l'urine devient claire et la convalescence s'établit. Dans ces cas, la malaria peut être avantageusement combattue par l'arsenic.

Il est difficile de dire pourquoi, dans ces conditions, la quinine aggrave la maladie ; toujours est-il que cette aggravation se produit lorsque la quinine est donnée avant que les urines soient devenues claires. Dans un cas, la convalescence commençait à s'établir lorsqu'une dose de quinine sembla ramener l'hémorragie : les accidents s'aggravèrent et aboutirent à la mort. Pour Martin, 90 p. 100 de tous les cas doivent être traités sans quinine. Enfin Harrisson est d'avis que la quinine non seulement n'est pas indiquée ici, mais qu'elle est excessivement nocive, et a recours à l'arsenic qu'il n'a jamais vu échouer. L. JUMON.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire

à la Maternité de la Charité.

Le thigénol en gynécologie, par A. TUBINI (*Il Progresso medico*, n° 1, 1906). — L'auteur a employé le thigénol chez 500 malades, laissant complètement de côté tous les autres médicaments courants de la pratique gynécologique (ichtyol, iodures, morphine).

Il a toujours prescrit une solution glycérinée de 10 à 20 %, dont il a imbibé deux tampons vaginaux : le premier seul est fortement chargé de solution médicamenteuse. Le tampon est enlevé après 14 à 18 heures ; on répète la médication trois fois par semaine ; les autres jours on injecte des désinfectants faibles (lysoforme, permanganate de potasse à 0,2 %) ou des solutions astringentes.

L'auteur n'a jamais remarqué de phénomènes d'intoxication, ni même de production de dermatoses locales. Le thigénol a d'excellents effets dans le prurit vulvaire, une action anesthésique marquée dans les vulvo-vaginites, dans lesquelles il enraie le développement de l'infection.

Il donne des résultats vraiment remarquables dans les cervicites, et plus particulièrement dans les érosions de la portion vaginale, avec abondante sécrétion muco-purulente : la guérison est complète avec un traitement de quatre à six semaines.

Le thigénol présente aussi des avantages sur les autres topiques dans le traitement des métrites et endométrites, bien que les résultats soient ici moins rapides et moins persistants.

L'action analgésique et résorbante du thigénol est très utile dans les affections aiguës et subaiguës des annexes et du paramétrium ; si la lésion n'est pas d'une gravité extrême, on peut même espérer une guérison complète.

Le thigénol est inodore et ne tache pas le linge, il n'est pas du tout irritant, même après des traitements de très longue durée.

A.-L. PERCIVAL.

Les modifications chimiques du lait de femme sous l'influence de l'extrait de graines de cotonnier, par BARLERIN (*Acad. de médecine*, 20 mars 1906). — Le rapport du Pr Gilbert fait ressortir que ce produit, essayé par Barlerin au dispensaire de Belleville chez des femmes se trouvant sur le point de d'allaiter leurs enfants et dont le lait était insuffisant, a provoqué une amélioration de la qualité du lait.

Cinquante-huit analyses ont démontré que cette amélioration a porté surtout sur le taux des matières grasses et albuminoïdes : pour le beurre, l'augmentation moyenne est de 18 grammes par litre (50 p. 100) ; pour la caséine, de 4 à 7 grammes (48 p. 100).

On sait que l'allaitement artificiel est une des causes de l'élévation du taux de la mortalité infantile : l'extrait de graine de cotonnier (lactagol) semble rendre possible, dans nombre de cas, l'allaitement au sein.

L'extrait du cotonnier devra toujours être administré sous la surveillance du médecin, qui en graduera ou interrompra l'usage, suivant les résultats obtenus.

VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret en date du 30 mai 1906, rendu sur le rapport du Ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes, M. le Dr TROUESSART (Edmond-Louis) est nommé professeur de zoologie (mammifères et oiseaux) au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Oustalet, décédé.

Voyages d'études médicales aux stations hydrominérales et climatiques de France. — Le 8e *voyage d'études médicales* aura lieu du 1er au 12 septembre 1906.

Il comprendra les stations de Savoie et du Dauphiné : Hauteville (sanatorium), Evian, Thonon, Saint-Gervais, Chamonix, Annecy, Aix, Marlioz, Le Revard, Challes, Saint-Mou-

tiers, Brides, Pralognan, Allevard, Bouquéron, La Motte, Uriage.

Le V. E. M. de 1906 — comme les sept précédents — est placé sous la direction scientifique du Dr LANDOUZY, professeur de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications.

Réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer pour se rendre, de son lieu de résidence, au point de concentration, Lyon.

Les médecins étrangers bénéficient de cette réduction à partir de la gare d'accès sur le territoire français.

Même réduction est accordée, à la fin de la tournée, au point de dislocation : Uriage, pour retourner à la gare qui a servi de point de départ.

De Lyon à Uriage, prix à forfait : 300 francs pour tous les frais : chemins de fer, voitures, hôtel, nourriture, transports de bagages, pourboire.

Bourses de voyage. — Quatorze bourses de voyage sont données au V. E. M. de 1906. L'attribution en a été fixée comme suit par leurs fondateurs :

1° Bourse du Professeur HENROT : un interne des hôpitaux de Reims.

2° Bourse de la *Société de Châtel-Guyon* (Puy-de-Dôme) : un interne des hôpitaux de Paris.

3° Bourse du *Conseil municipal des Eaux-Bonnes* (Basses-Pyrénées) : « un médecin à la fois membre du Concours médical et de l'Association générale des médecins de France ».

4° Bourse de la *Compagnie générale des Eaux minérales et Bains de mer* : un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dans l'année scolaire 1905-1906.

5° Bourse de la *Société des Eaux thermales d'Evaux-les-Bains* (Creuse) : « un membre du Concours médical affilié à l'Association des médecins de France ».

6°-7°-8°-9°-10° Cinq Bourses de la *Société d'Evian* (Haute-Savoie) : 1° un médecin anglais; 2° un médecin danois; 3° et 4° deux médecins italiens; 5° un étudiant en médecine, ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lyon, dans l'année scolaire 1905-1906.

11° Bourse de la *Compagnie fermière du Mont-Dore* (Puy-de-Dôme) : un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Lille, dans l'année scolaire 1905-1906.

12° Bourse de la *Compagnie des Eaux minérales de Pougues* (Nièvre) : un interne des hôpitaux de Bruxelles.

13° Bourse de la *Compagnie générale des Eaux de Royat* (Puy-de-Dôme) : un interne des hôpitaux de Paris.

14° Bourse de la *Compagnie fermière de Vichy* (Allier) : un étudiant ayant passé sa thèse de doctorat à la Faculté de Médecine de Paris dans l'année scolaire 1905-1906.

Pour tous les renseignements, s'adresser à M. le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE, 2, rue Lincoln, Paris (8e), ou au Dr JOUAUST, 19, rue du Colisée, Paris (8e).

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1906, terme de rigueur.

Voyage scientifique. — Les *Excursions médicales internationales*, œuvre scientifique d'enseignement médical complémentaire par la visite des Universités étrangères (anciens voyages médicaux) dont le siège est à Paris à l'hôtel des Sociétés Savantes, et que préside le Dr Roux, organisent pour les vacances 1906 une excursion médicale en Allemagne.

Le Conseil d'administration des E. M. I. ne croit pas qu'il soit nécessaire d'insister pour démontrer tout l'intérêt que comporte un voyage scientifique de cette sorte, et se met dès maintenant à la disposition des membres du corps médical pour tous renseignements à ce sujet. S'adresser à l'administrateur-fondateur des E. M. I., M. Etienne Bazot, au service annexe de l'œuvre, 184, rue de Rivoli, Paris, Ier (téléphone : 121-08).

Une médaille au Professeur Brouardel. — A la suite de la démission de M. Brouardel comme professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, l'Association des médecins légistes de l'Université de Paris, dans sa séance du 18 mai 1906, a décidé, avec la collaboration des professeurs de l'Institut de médecine légale et psychiatrie, d'ouvrir une souscription à laquelle pourront prendre part les médecins légistes et les médecins experts de France et de l'étranger et tous ceux qui s'occupent de médecine légale. Cette souscription est destinée à offrir un souvenir au maître de la médecine légale française sous la forme d'une médaille rappelant ses traits et d'un album relatant les noms des souscripteurs.

Le montant de la cotisation est laissé à l'initiative de chacun et devra être adressé avant le 30 juin à M. le Dr Logez-Duc, secrétaire de la souscription, 81, rue de Maubeuge, à Paris, Xe arrondissement.

Le Président : Dr Pierreson, le secrétaire général Dr E. Dabout.

P. S. — Les noms des membres du Comité d'organisation seront publiés dans le prochain numéro du journal. La *Revue de Médecine légale*, organe officiel de l'Association, publiera les noms des souscripteurs.

BIBLIOGRAPHIE

Des nouveaux sels d'argent en Thérapeutique oculaire, par le Dr A. Darier (1 volume grand in-8, édité 9, rue Buffault. Prix, 3 fr.

Tel est le titre d'une étude fort intéressante que vient de publier le Dr Darier. Celui-ci, en mettant en relief, par ses nombreuses observations, les heureux effets des injections intraveineuses, sous-conjonctivales, et de ce merveilleux médicament qu'est la dionine, a fini par les imposer en thérapeutique oculaire. Les sels organiques d'argent, qu'il préconise avec autant de conviction que de chaleur, finiront, nous en sommes certain, par être d'un usage courant, si l'on veut bien se donner la peine d'en faire une étude sérieuse et impartiale.

C'est le résultat d'une expérience clinique de neuf années que nous expose le Dr Darier. A sa clinique, nous avons observé de nombreux cas, depuis quatre ans, qui ne laissent plus aucun doute dans notre esprit sur l'efficacité des sels organiques d'argent, *bien appliqués*. Voici les idées générales qui se dégagent de ce travail intéressant.

Au risque de paraître audacieux, il faut, sinon proscrire, du moins reléguer le nitrate d'argent à la place très importante qu'il doit encore occuper à l'arrière-garde, à la réserve, de nos moyens d'action contre le gonocoque et les différents hôtes infectieux de la conjonctive. Certes, entre les mains de cliniciens expérimentés, le nitrate d'argent est le plus souvent sans danger, lorsqu'il est employé à faibles doses ; mais ce sont justement les praticiens les moins expérimentés qui sont appelés le plus souvent à se servir de ce sel ; or, dans les cas graves d'opthalmie purulente, gonococcique, il n'est pas sans danger de laisser entre les mains de praticiens insuffisamment familiarisés avec la thérapeutique oculaire une arme aussi dangereuse que le nitrate d'argent, aussi barbare, le plus souvent, à cause des violentes douleurs qu'il provoque. Il en est de même avec les nouveaux sels d'argent. Ceux-ci remplacent avantageusement le nitrate d'argent dans la très grande majorité des cas, et peuvent être confiés aux malades eux-mêmes. L'emploi du nitrate d'argent doit être *exceptionnel*.

Le nitrate d'argent est surtout un caustique : s'il tue les microbes pathogènes, il détruit par contre les cellules épithéliales ; son action est brutale.

S'il est vrai que l'action antiseptique des sels d'argent dépend surtout de leur teneur en argent, que le nitrate est celui qui en contient la plus forte proportion, 65 p. 100, il n'en est pas moins certain que l'action antiseptique de ce sel a peu occasion de se manifester. En effet, le radical argent se combina avec l'albumine, l'acide nitrique est mis en liberté et exerce ses effets astringents, caustiques, pouvant aller jusqu'à la destruction des tissus, suivant le titre de la solution employée, d'où irritation et douleurs parfois violentes. Or, *c'est un fait scientifiquement indiscutable que l'irritation et la douleur ne sont ni nécessaires ni utiles à l'action thérapeutique d'un sel d'argent*.

Précipité par l'albumine, les chlorures, les sulfures, les alcalins, le nitrate d'argent n'a qu'une action superficielle. Il ne pénètre pas profondément comme les sels organiques d'argent. Des coupes microscopiques de tissus, traitées par le nitrate d'une part, par l'argentamine d'autre part, puis plongées dans le sulfhydrate d'ammoniaque, ont montré que le sulfure d'argent pénétrait cinq fois plus les coupes traitées par l'argentamine que celles qui avaient subi l'action du nitrate d'argent.

Dès lors il n'est pas étonnant que l'accueil le plus bienveillant ait été fait aux sels organiques d'argent qui, à des degrés différents, ne présentent aucun des inconvénients sérieux du nitrate d'argent.

Le Dr Darier a expérimenté les principaux de ces nouveaux sels, avant d'arriver à fixer son choix sur trois d'entre eux : le collargol, le protargol et surtout l'argyrol.

Le *collargol*, argent colloïdal ou soluble, a été surtout vanté, en thérapeutique oculaire, par le Pr de Lapersonne, et le Dr Trousseau. Par des frictions (pommade à 15 p. 100) et par des injections intraveineuses, ces auteurs auraient obtenu des résultats aussi rapides que surprenants dans des ulcères infectieux, des irido-choroïdites purulentes, des panophtalmies graves. En collyre, le collargol est très précieux dans le traitement des ulcères infectieux de la cornée et dans certaines conjonctivites.

On a dit autant de mal que de bien du *protargol*. Certains cliniciens l'ont expérimenté avec une idée préconçue et sans s'entourer de tous les renseignements thérapeutiques et chimiques qui les auraient éclairés dans leurs recherches. Le docteur Darier a été le premier à se servir du protargol en ophtalmologie. Le protargol contient 8,3 p. 100 d'argent ; les solutions

doivent être fraîches et surtout *préparées à froid*. Préparées à chaud, elles deviennent irritantes, par oxydation de la protéine, et les expérimentateurs qui n'ont pas observé ce détail ont naturellement rejeté l'emploi du protargol.

Une solution à 50 p. 100 est moins irritante qu'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100. La douleur est supportable, aux doses généralement employées.

Ce sel a un pouvoir pénétrant très appréciable qui augmente encore son action thérapeutique.

Le traitement préventif et curatif de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés a donné entre les mains de plusieurs cliniciens d'excellents résultats.

Le docteur Herff, de la Maternité de Bâle, vient de publier une statistique de 3009 cas, où les enfants traités par les solutions de protargol à 10 p. 100 ont tous été indemnes. La statistique de 5.000 cas publiée par le même auteur accuse 2 p. 1000 d'infections, avec le nitrate d'argent, ce qui, en somme, est un excellent résultat, mais démontre toutefois que le protargol peut très avantageusement supporter la comparaison avec le nitrate d'argent. Est-il besoin de dire que la réaction conjonctivale est presque nulle après l'instillation de protargol? « Jamais on n'observe la violente irritation que produit si souvent le nitrate d'argent (tuméfactions très marquée des paupières avec sécrétion plus ou moins abondante et parfois sanguinolente, qui rend difficile un diagnostic précis entre une conjonctivite purulente vraie et une simple irritation idiosyncrasique). Le microscope seul peut prononcer dans ce cas. »

L'*argyrol* est, pour le docteur Darier, le sel d'argent « idéal ». Il faut dire que ses propriétés sont si précieuses que l'enthousiasme pour celui qui en a été le parrain en ophtalmologie est très compréhensible.

L'argyrol, ou vitellinate d'argent, avec 30 p. 100 d'argent, est non seulement dépourvu, à doses fortes, de toute action irritante, mais ses effets calmants sont indiscutables : une goutte d'eau instillée dans l'œil produit une sensation plus désagréable que celle d'une goutte d'argyrol à 20 p. 100.

Il ne forme aucun précipité avec les albumines, les chlorures, les sulfures, les alcalins, et sa pénétration profonde en fait un bactéricide *utile* et *inoffensif* de premier ordre.

Un fait remarquable et qu'il est indispensable de connaître est celui-ci : dans les conjonctivites même graves, son action bienfaisante est si rapide, si surprenante, qu'on est tout disposé à cesser trop tôt le traitement.

Selon la gravité des cas, on peut et *on doit* en continuer l'emploi, même toutes les demi-heures, à doses variant de 20 à 30 p. 100.

Sans aucun danger, on peut en confier l'emploi aux malades eux-mêmes.

Ce nouveau sel d'argent semble répondre aux trois conditions suivantes, exigées par Frænkel, de Vienne, et qui font la valeur thérapeutique d'un sel d'argent idéal :

1° *Il doit être soluble dans l'eau.*
2° *Il ne doit produire ni irritation ni douleur.*
3° *Il ne doit pas coaguler les substances albuminoïdes.*

Il ne faudrait pas déduire de ce qui vient d'être dit sur l'argyrol que l'emploi des autres sels est devenu inutile. Non, il faut réserver l'argyrol pour l'emploi à domicile ordonné en petite quantité; le médecin lui-même doit faire l'application du protargol, surtout en attouche ments à doses assez fortes, et si l'action de ces deux sels lui semble épuisée, recourir au nitrate d'argent.

D'une façon générale, on peut dire que toutes les conjonctivites, même les conjonctivites gonococciques les plus graves, sont justiciables de l'argyrol et du protargol, à part la conjonctivite diphthérique.

Pour terminer, nous dirons avec le docteur Darier : « Tous ceux qui voudront bien apprendre à se servir de ces nouveaux sels d'argent avec discernement et suivant les principes énoncés plus haut arriveront à guérir presque toutes les conjonctivites en apportant à leurs malades un *minimum de douleurs et d'inconvénients*; mais il ne faut pas oublier que si, dans les cas rebelles, ils n'arrivent pas en 4 ou 5 jours à la guérison ou à l'amélioration désirée (soit à cause de la virulence de l'infection, soit à cause de l'irrégularité des instillations ou de l'insuffisance des doses, ou encore à cause de l'accoutumance d'autant plus rapide que la solution est moins caustique), ils auront toujours la ressource de recourir, en dernier ressort, au nitrate d'argent qui joindra sa causticité mordante à son pouvoir antiseptique. N'est-ce pas le premier devoir du thérapeute que de savoir graduer ses effets de façon à ne pas nuire et à se réserver en toute occurrence des ressources variées? »

Les nouveaux sels d'argent agissent : *cito, tuto et jucunde*. Aussi faut-il les préconiser.

Docteur POMPEANI.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La défense sanitaire de la ville de Paris. — *Académie de médecine, séance du 22 mai 1906.* — M. le Dr A.-J. MARTIN. — Le 17 juin 1887, le Conseil municipal de Paris vota les conclusions d'un rapport de M. Chautemps sur l'organisation sanitaire de la capitale. A ce rapport étaient joints trois projets de délibération, qui furent également adoptés et qui concernaient : le premier, l'isolement des malades atteints d'affections contagieuses ; le second, le transport des contagieux ; et le troisième, la création d'un service municipal de désinfection.

« Ce sera l'honneur du Conseil municipal, déclarait alors M. Chautemps, de s'être ému du nombre énorme de décès dus jusqu'ici à des maladies évitables, et d'avoir résolument voté des mesures dont la plupart, nous nous hâtons de le reconnaître, étaient depuis longtemps réclamées par les hygiénistes les plus autorisés, et qui auront pour effet certain de diminuer l'importance du tribut payé par la population parisienne aux diverses affections transmissibles. » Et il ajoutait un peu plus loin : « Alors qu'à Londres, à Glasgow et à Bruxelles, la mortalité par maladies zymotiques n'a cessé de diminuer chaque jour, dès le moment où ces villes ont été dotées d'une organisation sanitaire très complète, nous voyons cette mortalité augmenter à Paris dans des proportions inquiétantes. »

Depuis cette époque, l'organisation de la défense sanitaire de Paris a été graduellement effectuée. En 1892, la création d'une Inspection générale de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation a permis d'en centraliser la plupart des services et de leur donner progressivement une extension de plus en plus grande, que la constitution des Bureaux d'hygiène permit de consolider et de perfectionner.

La loi sur la protection de la santé publique, en date du 15 février 1902, a consolidé les efforts réalisés jusqu'alors à Paris et permis, par la promulgation des Règlements sanitaires du 22 juin 1904, de déterminer les conditions dans lesquelles doivent désormais s'exercer les attributions dévolues à cet effet aux administrations sanitaires qui se partagent la sauvegarde de l'hygiène publique.

Depuis 1892, on a vu successivement le nombre des transports de malades et blessés par les services publics, s'élever jusqu'à près de 45.000 pour l'année 1905, celui des opérations de désinfection opérées par le service municipal s'approcher de 60.000 ; le chiffre des vaccinations et des revaccinations à domicile en temps de manifestations épidémiques, dépasser 80.000, sans compter les 160.000 opérations vaccinales faites par les services ordinaires. Un laboratoire de diagnostic des affections contagieuses était créé. Le casier sanitaire des maisons de Paris s'achevait et des enquêtes étaient poursuivies sur l'importance de la salubrité de l'habitation dans la propagation de certaines maladies infectieuses. En même temps étaient organisées avec méthode et régularité la surveillance médicale et locale des sources alimentant la ville de Paris, ainsi que l'analyse régulière des eaux dans les réservoirs, dans la canalisation et celle des eaux dans les bassins filtrants.

D'autre part, l'examen des constructions neuves, en vue de l'obtention du permis de construction, par application des dispositions spéciales des règlements sanitaires, se poursuivit normalement, pendant que l'instruction des affaires dites d'assainissement des immeubles se pratiquait dans les conditions plus favorables spécifiées par la loi de 1902. Enfin les conditions générales de salubrité de la capitale s'augmentaient chaque jour par l'amenée d'eaux en plus grande abondance, portant à 255 litres en 1905 la distribution moyenne journalière par habitant. La suppression des fosses mobiles, des appareils diviseurs et des fosses fixes se poursuivait avec persévérance pendant que le nombre des écoulements directs à l'égout s'augmentait de telle sorte qu'au 31 décembre 1905, il n'existe plus que 32.696 immeubles non pourvus de ce mode d'éloignement des matières usées de l'habitation.

L'initiative privée ne restait pas inactive de son côté. Prenant exemple sur les enseignements que lui donnaient les services publics ; profitant de l'aide que ceux-ci s'empressaient de lui accor-

der et des progrès de l'éducation générale, elle a permis notamment de donner à la protection de l'enfance une aide des plus précieuses, par toutes les institutions subventionnées par les pouvoirs publics, crèches, dispensaires, etc., où s'appliquent de plus en plus les règles sanitaires fixées par les conseils compétents. Ainsi, l'on voit en particulier les décès de 0 à 1 an dus à la diarrhée infantile, diminuer progressivement à Paris grâce aux mesures recommandées et facilitées pour l'alimentation du premier âge, alors que ceux qui sont dus à la débilité congénitale, affection qui ne peut bénéficier des mêmes avantages, restent stationnaires en nombre.

Tous ces efforts réunis, des pouvoirs publics et de l'initiative privée, n'ont pas été sans produire de consolants résultats. L'organisation sanitaire de la Ville de Paris a tenu les promesses que M. Chautemps en espérait, au nom du Conseil municipal, en 1887. La mortalité générale qui était en 1894 de 22,3 pour 1.000 habitanrs est progressivement descendue jusqu'au chiffre 17,4 en 1905, c'est-à-dire au chiffre de mortalité des grandes villes et capitales étrangères, dans lesquelles fonctionne une semblable organisation. Il est intéressant de constater que, depuis 1892, la population s'est aussi graduellement accrue, si bien que si la mortalité était restée stationnaire depuis cette époque, elle eût été de 62.070 décès en 1905, au lieu du chiffre de 47.853 décès qu'elle a atteint, soit un gain de 14.217 décès en une année sur l'année 1902. Et dans ces chiffres, la diminution de la mortalité par maladies transmissibles compte pour une part régulièrement décroissante.

« Toutes les fièvres épidémiques, fréquentes autrefois, sont devenues progressivement très rares, vient de déclarer la statistique municipale officielle. Jamais depuis que la statistique de chaque décès existe (c'est-à-dire depuis 1865), la fièvre typhoïde n'a présenté un chiffre aussi bas. Jamais la scarlatine, la rougeole, la diphtérie, n'ont été aussi rares qu'en 1905. La cirrhose du foie, causée le plus souvent par l'alcoolisme, a augmenté ; de même, la néphrite est plus fréquente qu'autrefois. La tuberculose, comme on le sait, est de beaucoup la plus redoutable de toutes les maladies (elle a causé un quart des décès en 1905) ; comme pendant les années précédentes, elle a légèrement décru. Jamais la diarrhée infantile, de 0 à 1 an, n'a présenté un chiffre plus faible depuis que la statistique des causes de décès existe. »

Ainsi Paris devient de plus en plus salubre et bénéficie chaque jour davantage des progrès de l'hygiène publique. Ce sont là des constatations qui sont de nature à encourager tous ceux qui ont à cœur d'accroître sa prospérité.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement.
Par le Dr **F. Lagrange.**
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Études de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley,**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 volume in-8°..... **5 fr.**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par Allyre CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RADIOTHÉRAPIE DES FIBROMES

Par le Dr Foveau de Courmelles,

Lauréat de l'Académie de médecine, Licencié ès sciences physiques et naturelles,
Directeur de l'*Année électrique*, etc.

L'opération est, pour les chirurgiens, la méthode thérapeutique des fibromes par leur enlèvement radical. Pour vraie que soit, le plus généralement, cette affirmation, il faut encore tenir compte de l'opinion de certaines malades qui n'en veulent à aucun prix. D'autre part, l'opération nécessite souvent l'ablation des ovaires, et il est bon de ne pas oublier les troubles nerveux qui en sont parfois la conséquence, inégalité de caractère des opérées qui rendent l'existence à elles et à leur entourage tout à fait impossible, désirs sexuels incoercibles, voire aliénation mentale. On trouvera peut-être ce tableau trop chargé, mais tout médecin qui a pu suivre longtemps ses malades opérées a constaté de ces phénomènes, non pas toujours, il s'en faut, mais le fait de les constater quelquefois doit porter l'opérateur à réfléchir et à tenter l'application d'autres procédés, s'il en est.

Mentionnerai-je encore les difficultés opératoires quand des péritonites répétées ont précédé le fibrome à enlever, et parfois les éventrations consécutives à l'enlèvement des organes et qui nécessitent une récidive opératoire, sans parler des ptoses des organes abdominaux restants.

C'est pourquoi, respectant aussi ce sentiment de peur des malades qui ne veulent être opérées, l'électricité était venue à elles pour être l'aide respectueux de la chirurgie. Des enthousiasmes exagérés ont alors nui à la cause électrique. On a prétendu guérir ainsi tous les fibromes. J'ai protesté dès 1894 et 1895 (*Congrès de Gynécologie* de Bordeaux) contre ces exagérations et aussi contre l'emploi dangereux de courants trop intenses; et l'enquête à laquelle je m'étais livré près des rares confrères alors connus en électricité médicale, avait confirmé les résultats de mon expérience. Cependant, telle qu'elle était à cette époque si proche et si lointaine, l'électrothérapie avait donné de très encourageant résultats : près de la ménopause, on avait déterminé très souvent une régression suffisante et un enkystement durable, j'ai même une malade soignée par moi en 1889-90 et

que j'ai pu suivre depuis cette époque et qui n'a présenté nulle récidive, ni hémorragies, ni gêne, ni douleur.

*
* *

Mais souvent échouent les courants continus de moyenne intensité, de 30 à 80 milliampères aujourd'hui généralement usités, voire les courants induits qui, au Dr Mally, ont donné de bons résultats dans le service du professeur Terrier contre les hémorragies fibromateuses. Que faire, par conséquent, quand les malades ont peur de l'opération et n'en veulent à aucun prix. Cette peur, pour diminuer de plus en plus, existe encore souvent néanmoins, même dans les cas où la cure radicale serait la plus indiquée : évolution rapide, cachexie. C'est dans ces cas particuliers, alors que la galvanisation avait bien donné des résultats contre les hémorragies et les douleurs, que j'ai songé à l'emploi des rayons de Rœntgen.

Voici les mobiles scientifiques qui m'ont guidé. Alors que l'efficacité thérapeutique des courants de haute fréquence et des rayons X était niée de toutes parts, même par les électrothérapeutes, qu'au Congrès de Neurologie et Electricité médicale de Bruxelles, en septembre 1897, le rapporteur des courants de haute fréquence se bornait à un historique élogieux, mais simple historique sans documentation, que les rayons X se voyaient pour longtemps encore réduits au simple rôle d'inspecteur diagnostique du corps humain et devaient être niés quant à une efficacité curative quelconque dans le rapport au Congrès de la tuberculose (1898). Malgré, dis-je, toutes ces opinions si autorisées cependant, je persistai avec une expérience, alors de dix-huit mois, à assimiler quelque peu l'action des rayons X et des courants de haute fréquence sur les tissus vivants, et à l'énoncer, telle qu'elle fut si souvent confirmée depuis, à la *Société de Biologie* le 25 juillet, puis à ce *Congrès de Neurologie de Bruxelles* de 1897 (voir *Comptes Rendus* de ce Congrès).

Les rayons X, on le savait déjà, soulagent tout au moins le cancer. En 1902, il nous revient d'Amérique des faits déjà publiés dans l'*Année électrique* de 1900 et 1901 et qui s'imposaient alors, en raison de leur nombre : la cure de certains cancers par les rayons X.

D'autre part, on sait que certains fibromes deviennent des tumeurs malignes.

Il y avait donc, me sembla-t-il, en 1902, reprenant mes idées de 1897, lieu de traiter certains fibromes par les rayons X. Mais quels seraient ces fibromes? Evidemment, ceux dont les patientes ne voulaient point d'opérations et sur lesquelles les autres traitements électriques avaient échoué. Jamais, je n'ai d'ailleurs eu de malades que dans ces conditions déterminées ; 38 à 39 sur 45 ont été améliorés; un complètement guéri et fondu, les autres enkystés et devenus inoffensifs. Ces fibromes qui se sont si bien trouvés du traitement rœntgénique seraient-ils devenus des tumeurs malignes, on le peut supposer, et on a même là ainsi une sorte d'élément diagnostic. C'est même dans ce sens que fut présentée par le professeur d'Arsonval ma communication à l'Académie des sciences, le 11 janvier 1904.

*
* *

Avant de passer aux observations, voyons comment il faut procéder. L'outillage est évidemment l'installation servant au diagnostic par les rayons X : bobine de 0 m. 50 d'étincelle, avec ses condensateurs et interrupteurs et le tube de Crookes.

Quel sera le tube de Crookes employé ? Faut-il un tube spécial ?

On a fait beaucoup de bruit sur des tubes endodiascopiques, pouvant être entrés dans la cavité utérine. S'il peut y avoir là quelque intérêt pour des cancers utérins et rectaux, et encore j'en doute pour des raisons que je vais exposer, je n'y vois aucun avantage pour les fibromes, tumeurs enveloppées et dont les rayons X, que ce soit par la paroi abdominale ou par le vagin, doivent toujours traverser les parois enveloppantes.

Les tubes endodiascopiques sont de deux sortes. Les premiers de 1898, pour lesquels j'inventai un mode très simple de réglage, par une électrode reliée au sol et à l'anode du tube et placé devant le pôle positif de la bobine, la cathode du tube était reliée à celle de la bobine — perdant par suite la moitié de leur électricité envoyée dans le sol par le pôle positif et l'éclatement de l'étincelle qui règle l'intensité lumineuse. Au point de vue du diagnostic, *pour un point*, cette endodiascopie est précieuse, mais pour une surface, il y a trop de déformation. Le courant est donc très diminué, et, de même, la quantité de rayons X, je rejette donc, pour la thérapeutique des fibromes, l'endodiascopie de cette forme.

Il en est, aujourd'hui, une autre ; on fait des tubes de Crookes en verre au plomb, sauf à leur extrémité terminale où passent les rayons. Cette partie allongée est introduite dans la cavité vaginale et les deux pôles du tube reliés à la bobine. On peut tenir le tube impunément, mais celui-ci ne supporte que très peu d'intensité à cause de sa texture spéciale, partant, il est peu éclairant, émet peu de rayons X ; aussi, après l'avoir essayé, l'ai-je rejeté comme, et à plus forte raison que le précédent, moins riche encore en rayons pénétrants.

Voici donc mon *modus faciendi* qui évite d'ailleurs toute dermatite ou irritation de la peau. Jusqu'ici, je n'ai provoqué qu'à volonté des brûlures cutanées, quand cela était nécessaire. La plaque d'aluminium véritablement reliée au sol par la gouttière, un tuyau d'eau ou de gaz m'a toujours évité les accidents, en l'interposant entre la patiente et le tube. Pour cela, cette plaque est placée sur le ventre de la patiente étendue sur une chaise longue, le plus confortablement possible. Le tube est placé au-dessus, l'anticathode en face du centre approximatif du fibrome. La distance est aussi faible que possible, juste assez pour que ne jaillissent pas d'étincelles entre le tube et la plaque, étincelles d'ailleurs inoffensives, et non perçues puisque, par la plaque, leur fluide électrique s'en va dans le sol.

Comment agit cette plaque d'aluminium ? En supprimant le champ électrique ou autrement ? Je ne sais, mais elle agit et n'absorbe pas de rayons, ce dont on peut s'assurer en interposant devant un fluoroscope, et sans le dire, cette plaque : la vision reste constante.

Je donne des intensités moyennes au radiochromomètre et au chromoradiomètre, et des séances de quinze à trente minutes, tous les jours même si les patientes venues de province sont pressées et désirent rester le moins longtemps possible à Paris. Après un ou deux mois, selon la grosseur du fibrome, je les fais se reposer autant, et généralement à leur retour, quelques séances suffisent à maintenir l'enkystement et l'innocuité désormais acquise de ce qui peut rester de la tumeur.

Les douleurs cèdent dès les premières séances. Cette sédation des symptômes douloureux, quelle que soit son origine, par les rayons X, est presque absolue. (Je l'ai également

démontrée pour les rayons ultra-violets — 6 mai 1901, *Société d'Odontologie* — et le radium, — *École Dentaire*, cours d'électrothérapie dentaire, juin 1903; *Archives de Thérapeutique*, 1re août 1903, communication au *Congrès des aliénistes et neurologistes* de Bruxelles.)

*
* *

J'ai parlé de qualité et de quantité moyenne de rayons X. En ces temps de précision scientifique à outrance, cela est un peu vague. Ces mesures sont nécessaires, mais s'évaluent, pour qui connaît son outillage, à l'œil assez facilement. Toute la photométrie repose sur des comparaisons oculaires d'ombres ou de lumières égales. Faisons d'ailleurs autre chose, en regardant au chromoradiomètre de Benoît des nuances d'éclairement ou au radiochromomètre à pastilles de Holznecht, d'autres colorations. Je ne parlerai pas d'autres substances radiochromométriques pour l'excellente raison qu'il est aujourd'hui démontré que le platinocyanure de baryum par exemple, et venu après, vire, sous une infinité de causes viciant les résultats. Et cependant, nous a-t-on assez affirmé la rigueur de ces contrôles!

Quant aux pastilles de Holznecht jusqu'ici considérées comme très scientifiques, de récents accidents entre les mains de leur auteur feront, je crois, réfléchir ceux qui, sur la foi des traités, les ont appliquées sans réserve, et *voulant atteindre la limite d'intégrité des téguments* possible avec les rayons. Le procès très onéreux (*Semaine médicale*, 13 juin 1906), autrement que celui atteignant, il y a peu d'années, un confrère parisien, montrera qu'en *Rœntgénothérapie*, ou *Radiothérapie* (mot que je créai en 1897), il y a de la science et de l'art, comme dans toute la médecine du reste.

Il m'a toujours paru éminemment absurde — et je n'ai pas craint de l'écrire — de vouloir assimiler *tous* les organismes humains, et alors qu'en posologie médicamenteuse, on indique des limites, des maxima et des minima, on veuille être plus absolu en posologie des agents physiques. Il s'agit là — comme l'écrivait Péan dès 1895, en la préface de mon *Électricité curative* — du *médicament électricité*, donc d'un agent curatif à doses variables comme les autres. Alors que 34 centigrammes d'antipyrine ont en 1888 empoisonné un brightique, on connaît des individus en supportant 10 et 15 grammes, et l'on veut, en électricité, en rayons X, que, rigoureusement, tous les individus atteints de même affection, subissent les mêmes doses. On appelle cela faire de la médecine scientifique; c'est même ce qui fournit un bel argument contre les médecins aux physiciens qui veulent empiéter sur leur domaine thérapeutique en les prétendant incompétents quant aux mesures physiques. N'est-ce pas encore dire qu'un bon petit formulaire peut servir à soigner, même pour qui est parfaitement ignorant de toute notion médicale!

Un vent de fureur scientifique semble agiter tous les médecins en ce moment, et ils négligent l'observation, la clinique et l'intuition en s'appuyant sur des sciences qui, absolues en elles-mêmes, cessent de l'être dès qu'elles s'appliquent aux êtres vivants si variables et si complexes. Il faut des accidents retentissants pour les rendre plus modestes.

On me pardonnera cette digression qui m'a paru indispensable, car si je n'avais justifié que je prends des mesures moyennes, augmentées progressivement, on aurait taxé

d'empirique et de fausse ma technique radiothérapique des fibromes. La réaction générale et non locale de l'individu est mon guide. La réaction générale s'accuse par de la fièvre quand les rayons sont trop intenses, trop répétés ou trop prolongés par séance; trois points que l'expérience acquise et des tâtonnements me permettent de déterminer.

On voit que pour la réaction locale, on ne peut s'y fier : elle est parfois longue à se produire ; et bien entendu, je ne parle pas ici de la dermatite qu'en l'espèce je ne veux pas produire et que je ne produis pas.

Les réactions de dermatite elle-même sont parfois plus lentes encore à se manifester, puisqu'on en a vu naître six mois après des applications de rayons X. L'accumulation de ces radiations se montre donc indéniable puisqu'elle peut produire ces effets néfastes ; en revanche, on en peut conclure qu'ils peuvent également se concentrer, s'amasser rayonner dans l'organe irradié — ici la tumeur fibromateuse — pour la modifier, la durcir, la scléroser. C'est d'ailleurs ce que l'expérience confirme en ce domaine, comme en celui de la radiothérapie en général : des manifestations morbides modifiées, des épithéliomas externes irradiés et non guéris, cessant les applications et cependant assez souvent, à l'heureuse surprise du médecin et du malade, régressant et arrivant à la guérison définitive. J'ai aussi vu les cancers utérins irradiés un ou deux mois et chez qui hémorragies et douleurs avaient cédé, et qui de plus en plus cachectiques cependant, ne pouvaient continuer à venir, cesser par conséquent leurs séances de radiothérapie, et conserver chez elles leur sédation acquise de la douleur, ne plus souffrir et s'éteindre. Dans une maladie incurable et le plus souvent atrocement douloureuse, n'est-ce pas avoir acquis un résultat extrêmement appréciable, et très apprécié des malades et de l'entourage.

Nous tiendrons donc compte qu'il s'agisse du galvanomètre pour la galvanisation ou des chromoradiomètres et radiochromomètres, des idiosyncrasies, des susceptibilités individuelles ; nous serons d'abord médecins, ensuite physiciens s'il y a lieu ; nous commencerons par les doses minima qui ne nous enverront pas devant la justice de notre pays !

***

L'opérateur peut, en ce qui le concerne, éviter les accidents, dermatite, infécondité..., en mettant par exemple très bas, au-dessous de lui le plan du lit servant à la radiographie ou à la radiothérapie (car la méthode n'est pas applicable à la radioscopie), à peine plus élevé que celui du sol. De nombreux *limitateurs*, variables de formes selon les régions, en verre ou plomb peuvent encore être employés, mais ils paraissent modifier les rayons et diminuer leur quantité et leur force de pénétration. On peut en construire extemporanément avec une lame de plomb dont on enlèvera une surface égale à celle de la région sur laquelle on veut agir. Mais avec la lame d'aluminium reliée au sol et le tube placé très près de cette plaque et de la région à modifier, il n'arrive à distance que peu de rayons obliques, et si l'observateur se place assez loin, sur un plan plus élevé, il ne subira aucun dommage de l'usage des rayons.

*
* *

Les rayons pénètrent-ils bien ? La réponse est déjà facile au point de vue photogénique, puisque l'on a des radiographies à travers tout le bassin même de personnes obèses, on peut bien arriver au fibrome placé près du tube, sous la peau déjà distendue par lui, sans os interposés.

L'action des rayons X sur les organes profonds est d'ailleurs indiscutable et indiscutée aujourd'hui, et nous allons rapidement en rappeler un certain nombre. Le cœur bat plus vite (Séguy et Quénisset, 1897). Le pouls est modifié (Destot), des troubles viscéraux se produisent (Oudin, Barthélemy, Dorier), lès cobayes deviennent aspermatiques (Albers-Schönberg) et l'épithélium de leurs canalicules est détruit (Frieben), mais le pouvoir copulatif se garde (F. Fildey-Brown et Alfred Osgood). Tilden Brown prétend que le voisinage des rayons X rend l'homme stérile pour un certain temps. Bolislas, traitant un prurit anal par la radiothérapie périnéale, constata que les spermatozoïdes existant avant, disparurent plusieurs mois, pour ne se remontrer, peu à peu, que trois mois après la cessation du traitement. Lapowski a ainsi trouvé, selon la durée d'action des rayons X : l'azoospermie, l'oligospermie, ou la nécrospermie. Des ovaires de lapin femelle s'atrophient (L. Halberstaedter). En traitant des fibromes, les ovaires s'atrophient comme la tumeur (Foveau de Courmelles). Les testicules du rat blanc gardent la perméabilité des canaux excréteurs, mais avec la transformation cytologique et chimique et résorption des éléments (J. Bergonié et L. Tribondeau) ; les mêmes auteurs ont exposé sous le microscope une goutte de sperme humain, avec lames de verre ou du plus perméable mica, les spermatozoïdes ont gardé leur mobilité même après une demi-heure d'exposition.

La lame d'aluminium interposée, comme pour la peau qui ne s'ulcère plus, diminue l'oppression, les palpitations... (Destot).

L'ingestion de corps thyroïde ou l'exposition du cou aux rayons X, diminue d'abord puis augmente le rapport de l'acide phosphorique à l'urée. Les reins exposés seraient lésés (Buschke et Schmidt), parfois hématuriques. La rétine est affectée (A. Birch-Hirschfeld). La rate de cobayes a été trouvée petite et brune (Heineke). Un animal sain devient leucopénique (Helber et Linser), les lymphocytes sont affectés surtout; les globules rouges résistent (les mêmes, Milchner et Mosse); ces auteurs ont vu que la moelle osseuse s'altérait gravement. Les animaux exposés résisteraient mieux à certaines affections (Quadrone). La lécithine devient toxique (Werner, Hoffmann et Schulz). L'albumine est modifiée, plus liquide, moins coagulable (Bordier et Galimard). Beaucoup de leucémies ont cédé (Senn, Bozzolo, Barjon, Cadet, Nogier), Schleip et Hildebrandt, Aubertin et Beaujard, Ledingham et Mckerron, Lommel, Melland, Ch. Colombo (1). L'excitation initiale des

(1) M. Colombo (de Rome) a traité trois cas de leucémie par les rayons de Rœntgen. Au debut de la cure, la symptomalogie empira : le nombre des globules rouges diminua (dans un cas de 2.780.000 à 2.500.000, celui des leucocytes augmenta (de 96.000 à 440.000, en particulier les polynucléaires passèrent de 64.000 à 140.0000 les monucléaires de 32.00 à 300.000), tandis que le volume de la rate et la fièvre ne subissaient aucune modification. C'est seulement dans les séances ultérieures que ces conditions changèrent en procédant en sens inverse (augmentation des globules rouges, diminution des leucocytes). Le traitement comprit au total de 120 à 150 séances, chaque séance durant environ quarante minutes, dont dix pour le sternum, dix pour la rate, dix pour les coudes et dix pour les genoux.

rayons X, phénomène qui ne dure pas, est d'augmenter les globules blancs (Guerra, Schleip et Hildebrandt), et aussi les hématies nucléées les normoblastes ou de leurs noyaux isolés (*Traitement de l'anémie pernicieuse*, par M. L. Rénon et Léon Tixier). Le goitre (L. Görl, Stegmann), la maladie de Basedow (Carl Beck), l'hypertrophie prostatique (Moszkowiez, C. Casabelli et C. Luraski, L. Moszkowicz et R. Stegmann), les tumeurs fibreuses (Foveau de Courmelles), l'anachlorhydrie et l'anorexie hystérique (R. Lépine), les névralgies (F.-H. Williams, Ch.-L. Léonard), l'épilepsie (J.-H. Branth, S. G. Tracy) y ont été soumis.

Quant aux troubles semi-superficiels, le professeur Gaucher a consacré une leçon à une *radio-névrite avec troubles trophiques cutanés consécutifs* (*glossy-skin*, *télangiectasie*, *papillomes*, *épithélioma*). Il s'agit d'un électricien qui, dès le début, s'occupa des rayons X, se sentit la peau sécher des mains au bout d'un an, après avoir perçu d'abord mieux l'approche de l'ampoule, ce qui indiquait une pénétration des rayons et une augmentation de perception sensitive ; mais la sensibilité tactile diminua, il eut des douleurs et des crampes, les ongles devinrent friables et tombèrent. Le dos des mains et des doigts se couvrirent bientôt de petites dilations vasculaires, de télangiectasies disséminées, de petites croûtes, de véritables papillomes cornés, surtout aux points de frottement. La face dorsale de l'index droit, heurté, a eu une ulcération incicatrisable et qui s'agrandit, le fond est épais, bourgeonnant à base infiltrée et dure, saignant facilement, douloureuse, enfin mort (décembre 1905).

*
* *

Si nous avons quelque peu insisté sur ces faits de pénétration, c'est qu'on allègue, depuis quelque temps, la presque faillite des rayons X et du radium — ils en sont loin ! La grande presse s'est emparée de faits de dégénérescence cancéreuse qui leur seraient dus (?) et mal prouvés. D'ailleurs, même démontrés, ces faits montreraient que, comme les médicaments réellement actifs, ils sont toxiques pour certaines cellules, voire homéopathiques et pouvant produire ce qu'ils guérissent !

Mes observations portent sur quarante-cinq fibromateuses à tumeurs de grosseurs variables. Les échecs ont porté sur des tumeurs énormes dont les patientes n'ont pas voulu d'opération et malgré l'inutilité relative de la radiothérapie annoncée d'avance ; je dis *inutilité relative*, car, même dans ces cas, on peut produire une diminution de la gêne et de la pesanteur produites par la tumeur. Au point de vue absolu, il n'y a donc pas d'échec à proprement parler, mais ces améliorations étaient purement momentanées et ne se produisaient que sous l'action immédiate des rayons X. Les diagnostics ont toujours été faits par un ou plusieurs médecins avant moi.

Le cas le plus intéressant est celui d'une femme de quarante-cinq ans, à nombreuses péritonites, et dont le mari, de profession voisine de la médecine humaine, ne voulait, pas plus que la femme, d'opération. On sentait une grosseur, comme une tête d'enfant, dans la fosse iliaque droite. On fit soixante applications de quinze à vingt et vingt-cinq minutes, tous les jours, sans interruption. La malade, très nerveuse, très affaiblie, peu ingambe par faiblesse et douleurs dans le ventre, s'était remontée ; elle pouvait marcher et ne souffrait plus. Je conseille une interruption de la radiothérapie.

« La malade, rentrée chez elle, continue d'aller bien quelque temps encore, puis est prise, m'écrit le confrère de province qui la soigne, de suppuration péri-salpingienne dont la cause n'est peut-être que le changement d'habitudes et les secousses des voyages. Ils se sont, d'ailleurs, terminés au mieux des intérêts de la malade par l'expulsion naturelle du pus. Mais, je dois vous dire qu'ils n'ont pas été sans m'alarmer vivement. »

Voici, d'ailleurs, le tableau de ces accidents dressé par le confrère lui-même :

« Les accidents datent du dimanche. On ne m'appelle que devant leur gravité.

Mardi, 31 mai 1904. — Pouls : 120, petit, tendu.

Soir. — Température : 38°8, axillaire.

Facies grippé.

Langue sale. — Vomissements muqueux.

Ventre ballonné. — Tympanisme.

Douleur vive à l'hypogastre au niveau du corps fibreux. — Irradiation dans tout le membre inférieur gauche. Diète absolue, un peu de champagne glacé, glace *intus*. Applications de compresses chaudes sur l'abdomen.

Suppositoires extrait théb. et belladone.

Mercredi, 1er juin. — Même état.

Jeudi 2. — La température s'abaisse à 38°, axillaire.

Le pouls est meilleur,

Pas de vomissement.

La douleur s'atténue : la malade supporte un peu de lait.

Vendredi 3. — La température reste à 38°.

La douleur est localisée à la limite de la fosse iliaque gauche et de l'hypogastre. Une pression très douce la réveille. Empâtement à ce niveau et dans le cul-de-sac latéral gauche.

Samedi 4, dimanche 5, lundi 6. — L'état local reste sensiblement le même, mais l'état général s'améliore. La fièvre disparaît en même temps qu'apparaissent des métrorrhagies abondantes.

7, 8, 9, 10. — La douleur est bien diminuée. Irradiations douloureuses dans le membre inférieur gauche. Débâcles de matières à la suite de lavements répétés; ces lavements contiennent, à plusieurs reprises, du pus bien lié.

11, 12, 13, 14, 15. — Pas de fièvre, peu ou point de douleur; l'alimentation se fait de plus en plus facilement. L'expulsion de pus par l'anus se continue avec intermittence. La malade commence à se tenir debout : la station debout réveille de la douleur dans la jambe gauche. »

La malade se guérit rapidement et profite du mieux acquis antérieurement. Aucune fistule ne subsiste.

La collection purulente des tumeurs variées, adénite, cancers, glandes diverses, se produit assez souvent dans leur radiothérapie, mais pour les fibromes, je ne l'ai vu que dans ce cas. Serait-ce là, comme me le disait le Dr R. Blondel à qui j'en parlai, une vieille hématocèle très dure et se vidant ainsi? Ce que je puis affirmer, c'est que cette malade,

que virent plusieurs confrères, voire un chirurgien des hôpitaux de Paris, fut toujours considérée comme fibromateuse.

Je la revis en octobre et novembre 1904, la tumeur se percevait comme une mandarine environ. Des accidents de péritonisme et fièvre se produisirent au cours même des applications et cédèrent rapidement à des applications de cataplasmes chauds et pommade hydrargyro-belladonée. On les reprit de suite et la malade regagna sa province après trente nouvelles applications.

Je la revis en avril 1905, guérie, sans perception possible de tumeur. J'en ai fréquemment des nouvelles. La malade marche, s'occupe de sa maison, ce qui lui était totalement impossible auparavant.

*
* *

Dans mes autres observations, on ne constate aucune réaction de cette intensité. Parfois, un peu de fièvre, et j'espace alors les séances, ou j'en diminue la durée. La régression se fait lentement, puis s'arrête. On ne fond pas la tumeur, j'y insiste, pas plus que dans aucun mode électrique, mais on la concentre, on la sclérose, et, pour la malade, l'*illusion de la guérison est souvent complète:* elle ne sent plus, — comme douleur ou gêne, — sa tumeur, va, vient, circule; le ventre est diminué, devenu souple, moins distendu. Je ne veux pas entrer dans des explications prématurées et des hypothèses plausibles mais hâtives et me borne à donner des faits. Dans 38 cas sur 45, la tumeur a manifestement diminué, se condensant, en quelque sorte, et les symptômes gênants, douloureux ou hémorragiques qui l'accompagnaient, ont cédé.

*
* *

J'arrive maintenant à l'action atrophique glandulaire observée au cours de cette radiothérapie :

« *L'action atrophique des rayons X sur les glandes de l'appareil reproducteur*, — disait la communication du Dr Foveau de Courmelles à l'Académie des sciences de Paris, le 27 février 1905, présentée par le professeur d'Arsonval, du Collège de France, — notamment (testicules, ovaires) est de plus en plus prouvée par des recherches de laboratoire sur les animaux (Albers-Schœnberg, F.-L. Brown, Halberstedter, J. Bergonié, L. Tribondeau et D. Récamier). Voici maintenant des faits cliniques qui les confirment.

J'ai eu l'occasion, depuis une communication antérieure (1) sur le diagnostic et la thérapeutique de certains fibromes par les rayons X, confirmée ensuite par Deutsch, de Munich, et pour les lipomes, par Bondet, de Lyon, de traiter encore un certain nombre de ces tumeurs et de constater, presque toujours, les phénomènes suivants: dès la première séance, durée cinq minutes, intensité du courant au primoire de la bobine: 5 ampères; 110 volts; 0 m. 25 étincelle équivalente, 7 au radio-chronomètre de Benoist; sensation de contraction dans l'utérus et resserrement des tissus qui s'accentue avec la répétition des séances et la diminution de la tumeur. Si des symptômes douloureux existent, ils cèdent rapidement. Quant aux hémorragies, elles augmentent plutôt au début du traitement.

(1) Académie des sciences, 11 janvier 1904.

laissant, après chaque période, augmentée ou non d'ailleurs, la tumeur plus affaissée, Puis, peu à peu, ces hémorragies s'éloignent et s'atténuent. Des fibromateuses ayant d'abondantes hémorragies toutes les trois semaines ne les ont bientôt plus, atténuées du reste, que toutes les quatre, cinq, six, sept, huit semaines progressivement, puis tous les cinq ou six mois pour cesser enfin complètement.

Comme on ne peut juger sur le vivant de l'état d'un organe que par ses manifestations fonctionnelles, cet éloignement et cette diminution des époques menstruelles indiquent évidemment une régression atrophique des ovaires. Selon l'âge des patientes, il faut arriver à cet état atrophique avec un nombre variable de séances de rayons X allant de cinq à quinze minutes, selon les cas et la façon dont elles sont supportées par l'état général (toujours sans réaction cutanée, grâce à la plaque d'aluminium bien reliée au sol, mais parfois avec fièvre et frisson qui font espacer les séances); après cinquante ans, on a souvent, dès les premières époques qui suivent les applications, une diminution de ces menstrues. Vers quarante ans, je ne l'ai obtenue qu'après des mois (cinq à six mois et deux séances par semaine) de traitement chez des malades qui ne voulaient pas être opérées, mais toujours cette régression se produisait et se traduisait manifestement. Avant quarante ans, cet état, tout en s'obtenant, exigerait plus de temps encore (huit à dix mois).

Chez les patientes, soit une trentaine, que j'ai pu suivre, et d'âge variant entre trente-cinq et cinquante-cinq ans, les phénomènes ont été constants.

Pour des cancers du sein, contre lesquels on a préconisé l'ablation des ovaires, j'ai eu l'idée de faire dans trois cas des applications consécutives sur la région galactophore cancéreuse et sur la région abdominale ; j'ai ainsi obtenu des résultats plus rapides dans la régression de la tumeur du sein, que quand j'agissais simplement sur celle-ci. Les menstrues s'atténuaient aussi. Dans un de ces cas, la peau et le système pileux du sein exposé noircirent. Dans un autre que l'on dut opérer quand même, les douleurs, d'abord apaisées, ayant repris, l'examen histologique de la tumeur ne révéla plus que du tissu fibreux ; et aussi est-il probable que la douleur réapparue tenait à la présence de corps étrangers, inertes et encore volumineux qu'était devenue la tumeur; quant aux ganglions capillaires, ils étaient réduits à de minuscules grains de millet, mais très durs.

En résumé, la clinique confirme les recherches expérimentales; les ovaires, les seins et les ganglions lymphatiques se rétractent et s'atrophient sous l'action des rayons X; d'autre part, la pénétration de ceux-ci varie avec les organes et semble se faire de façon élective. »

Margaret-Cleaves a déclaré obtenir aussi l'arrêt des hémorragies, la cessation des douleurs, et même des régressions de fibromes.

Mais je crois, bien que n'ayant qu'un seul fait, mais combien probant ! qu'il faut *des rayons directement appliqués* pour agir : j'ai, dans mon cabinet qu'elle ne quitte pas, et séjournant près des tubes en activité, dans la zone basse, une petite chienne, genre griffon havanais, et dont les règles bisannuelles, depuis six ans et demi, n'ont été nullement influencées ou plutôt dans le sens de l'avance et de l'intensité (ce qui est normal pour les chiennes juqu'au déclin). Les rayons obliques n'ont donc pas les dangers qu'on a dit et, aussi même, les rares insuccès thérapeutiques des rayons directs (Laquerrière) le prouvent.

Depuis cette dernière communication à l'Académie des Sciences et le rapport à l'Aca-

démie de Médecine de M. le professeur Chauffard, sur « les rayons X aux médecins », M. le professeur Pinard a nié la stérilité produite par les radiations de Rœntgen. La haute autorité obstétricale de cet auteur nous montre, à notre humble avis du moins, que la stérilisation féminine par la radiothérapie n'est pas aussi facile à produire qu'on l'a dit, et nous sommes absolument d'accord avec lui. M. Pinard a pu faire faire, au point de vue radiographique et non radiothérapique, des séances d'une heure, répétées deux et trois fois. Nos observations montrent combien plus nous avons dépassé ces durées. On ne pourrait donc, comme on a paru le croire, stériliser une femme malgré elle et presque instantanément. Il nous a fallu des séances répétées et prolongées pour avancer manifestement la ménopause ; je dis *manifestement*, étant donné que les mères et aïeules des patientes avaient souvent perdu pendant dix ou quinze ans de plus que leurs descendantes.

La stérilisation était ici inoffensive, de même sorte que si l'opération eût été faite, atrophier ou enlever les ovaires avec le fibrome aboutissant au même résultat.

*
* *

La radiothérapie des fibromes est donc une médication entrée dans la pratique et pouvant compléter, quand les patientes l'exigent, les autres méthodes connues, même meilleures. Nous devons éclairer, mais ménager les susceptibilités et les désirs des malades. A ce titre, toute médication nouvelle, pratique et inoffensive quand elle est bien maniée, mérite l'examen des esprits impartiaux. C'est pourquoi nous avons cru devoir exposer, un peu longuement peut-être, notre innovation thérapeutique et ses conséquences (1).

(1) Enfin voici, étant donnée l'analogie des radiations du radium et des rayons X (Foveau de Courmelles, *Les applications médicales du radium*) et mes faits personnels, des observations dans le même sens :

M. Dastre fait part à l'Académie des Sciences, le 2 juillet 1906 d'une étude de MM. les docteurs Oudin et Verchère sur l'action du radium en gynécologie.

Deux centigrammes de bromure de radium enclos dans une sonde d'aluminium et laissés pendant dix à quinze minutes dans la cavité utérine, ont permis à deux malades atteints de fibrômes de guérir rapidement.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 13 juin 1906.

Présidence de M. LEGENDRE.

M. MATHIEU fait une communication sur la *Suggestion médicamenteuse à l'hôpital Andral* en son nom et au nom de M. Dobrovici. Il rappelle que cette méthode est très répandue et que surtout on l'emploie sans s'en douter. Elle rend de grands services pour le traitement de certains névropathes ou des vieux chroniques qui veulent guérir à tout prix. A l'hôpital Andral, il pratique surtout la suggestion médicamenteuse dans le traitement des névroses digestives: comme médicaments calmants, il emploie : l'extrait de *Taraxacum dens leonis*, le vulgaire pissenlit, qu'il prescrit, avec grand renfort de conseils et de recommandations contre les douleurs gastriques, les vomissements nerveux, la sialorrhée.

Contre les douleurs erratiques nerveuses, il emploie également la collodion coloré au bleu de méthylène qui frappe l'imagination du malade par sa couleur particulière.

Il prescrit également, sous le nom de *Morphine B* une solution de chlorure de sodium isotonique qu'il administre aux lieu et place de la morphine ordinaire. Ces injections donnent de très bons résultats, dans le cas de douleurs purement nerveuses, mais échouent lorsqu'il s'agit de douleurs liées à des lésions organiques.

Comme hypnotique, il emploie très souvent l'*eau chloroformée* et le phosphate de soude en cachets, administrés au moment où l'on veut faire dormir le malade.

Dans la deuxième partie de sa communication, il fait également part des intéressants résultats qu'il a obtenus au moyen d'injection *d'antiphymose* (solution physiologique de chlorure de sodium), chez des tuberculeux à diverses périodes. Sous l'influence de l'injection journalière de ce médicament dont l'entrée en scène avait été préparée d'avance, toutes les conditions hygiéniques et alimentaires restant identiquement les mêmes, il a pu voir se produire : du retour de l'appétit, de la diminution de la toux et de l'expectoration, la disparition de l'insomnie et des sueurs nocturnes, quelquefois même une diminution des signes physiques et une augmentation de poids. Il conclut en disant qu'il faut s'occuper des tuberculeux, leur remonter le moral, leur faire croire à la possibilité de leur guérison, en un mot, mettre leur système nerveux en éveil de façon à lui permettre de réagir dans les meilleures conditions possibles. Il attire l'attention sur les améliorations qu'il a obtenues par cette suggestion médicamenteuse et montre que lorsqu'on présentera un médicament spécifique nouveau administré en injection, il faudra qu'il donne des résultats supérieurs à ceux qu'il a obtenus avec cette médication.

M. BARBIER s'élève contre l'interprétation de l'amélioration de la tuberculose à la suite de l'augmentation de poids et de la modification des signes stéthoscopiques. Pour lui, le tuberculeux n'est réellement amélioré que lorsqu'il a produit une modification du sang, une reconstitution des milieux albumineux organiques et une augmentation des forces et des masses musculaires.

M. BARDET montre que la cure au sanatorium n'est qu'une suggestion médicamenteuse particulière et il insiste spécialement sur l'influence du système nerveux dans les processus de la réaction due à des désinfections.

M. LEGENDRE dit que, pour sa part, il emploie assez souvent la suggestion médicamenteuse, mais qu'il faut toujours tenir compte également, dans ce cas, de la nouveauté de la médication employée, qui joue un grand rôle, surtout chez les chroniques où l'effet d'une médication anodine ne dure que peu de temps et doit être remplacé par une autre encore non connue du malade.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Sur les conditions de succès ou d'échecdans le traitement des leucémies par la radiothérapie (*La Tribune médicale*, 5 juin 1906). — VAQUEZ et AUBERTIN constatent que dans la leucémie aiguë les résultats semblent nuls; il en est de même dans les cas chroniques, lymphatiques ou myéloïdes, revêtant une allure rapide : on obtient des modifications hématologiques, mais non cliniques.

Dans les formes chroniques, on observe des modifications hématologiques et une amélioration de l'état général, mais il peut arriver que la malade meure sans qu'il soit facile d'expliquer la raison de cette terminaison fatale. Dans la leucémie lymphatique, la persistance de la fièvre et l'abaissement progressif des globules rouges doivent faire réserver le pronostic.

Dans la leucémie myéloïde, il y a danger à faire des séances trop rapprochées et à ramener trop rapidement le chiffre des leucocytes aux environs de la normale.

La leucémie aiguë étant une leucémie à cellules embryonnaires, l'insuccès s'explique parce que l'action des rayons X est d'autant plus nette que la néoplasie est plus élevée en organisation. Dans les formes subaiguës, ce sont aussi les cellules les moins différenciées qui prolifèrent. Les échecs dans les formes chroniques sont dus à ce que le processus est trop étendu ; la malade vient trop tard et l'on ne réussit plus à enrayer le développement de l'hyperplasie leucémique. Les organes peuvent aussi ne pas être influençables (sclérose de la rate); il arrivera aussi qu'une destruction trop massive de leucocytes provoque une sorte d'intoxication mortelle.

L'avenir de la radiothérapie de la leucémie est donc subordonné au perfectionnement des méthodes d'application, à l'étude plus approfondie de l'évolution clinique et des lésions anatomiques, permettant de reconnaître les points essentiels à atteindre par les rayons, et enfin à la précocité du diagnostic.

E. VOGT.

Recherches sur la nutrition dans la leucémie pendant le traitement radiothérapique, par IWAN ROSENSTEIN (*Munch. med. Woch.*, 22-29 mai 1906). — Presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'amélioration des symptômes, et de l'état du sang, la diminution des tumeurs leucémiques, la cessation de la fièvre sous l'influence des rayons de Rœntgen, bien qu'on soit à peu près d'accord sur l'existence d'une simple amélioration passagère. Malgré son impuissance, la radiothérapie tient encore le premier rang dans le traitement de la leucémie.

Les recherches de l'auteur ont eu pour but d'établir s'il y a simple destruction des leucocytes sans que leur production diminue. Elles s'appuient sur l'analyse de l'acide urique, au cours du traitement. Il en résulte que dans la leucémie il se produit une augmentation de l'acide urique dans l'urine sous l'influence du traitement de Rœntgen, surtout lorsqu'on fait agir les rayons sur la rate ; mais, peu à peu, si l'état général s'améliore, l'acide urique a tendance à baisser en même temps que le chiffre des leucocytes, pour présenter finalement une diminution très nette sur les chiffres du début du traitement. On peut en conclure que la cause de la diminution des leucocytes à la fin du traitement des leucémiques soumis à la radiothérapie ne tient pas à une destruction exagérée des leucocytes, dont la production serait aussi active qu'avant le traitement, mais à une diminution dans la formation de ces éléments. D'après l'auteur cette diminution serait la conséquence d'une action des rayons sur les organes mêmes qui produisent les leucocytes.

line. Morse constate que les attaques d'indigestion due à l'intoxication acide chez l'enfant peuvent souvent s'arrêter en donnant du bicarbonate de soude. On pourrait donc prévenir peut-être l'intoxication chloroformique en donnant ce médicament. Dans deux cas d'adénite tuberculeuse étendue l'auteur a donné le bicarbonate de soude huit jours avant l'opération et les enfants n'ont présenté aucun symptôme d'intoxication après le chloroforme, et ont exigé moins de soins consécutifs que les autres.

On pourra encore combattre l'intoxication en stimulant la peau par des bains de vapeur ou l'enveloppement dans des couvertures. Le bicarbonate de soude peut être employé de diverses manières, par la voie stomacale après un lavage, en injections rectales ou en injections sous-cutanées, dans une solution saline. Au premier signe de collapsus, il faut stimuler fortement le malade et faire des injections salines avec de l'adrénaline, ce qui améliore le pouls et l'état général.

L. JUMON.

Traitement de la gangrène chez les diabétiques, par H. STERN (*Med. Record*, 21 avril 1906). — On doit distinguer, d'après l'auteur, deux formes de gangrène pouvant atteindre le diabétique, la gangrène idiopathique et la variété inflammatoire. La forme idiopathique chez le diabétique ne dépend pas tant de l'hyperglycémie que des lésions artério- et phléboscléreuses de l'organisme. La gangrène inflammatoire est le résultat de l'action des microorganismes pathogènes sur des tissus viciés par une nutrition défectueuse et par l'auto-intoxication. La gangrène idiopathique n'est pas survenue dans plus de 1 p. 100 de tous les diabétiques soignés par l'auteur, tandis que la gangrène due à l'invasion bactérienne a été constatée dans 10 à 12 p. 100 des malades de sa clientèle. La forme idiopathique peut s'observer chez des personnes qui ont suivi ou suivent encore un traitement antidiabétique, et qui sont dans un excellent état de nutrition; l'autre forme, au contraire, se montre chez les diabétiques qui sont affectés soit d'une forme grave de maladie ou chez ceux qui n'ont jamais suivi de traitement diététique et hygiénique. Le meilleur traitement prophylactique de la gangrène chez les diabétiques consiste à supprimer ou à réduire le plus possible le syndrome diabétique. On doit instituer un traitement abortif hygiénique en même temps qu'on essaie de supprimer l'hyperglycémie. En outre de ces mesures on aura recours au traitement de l'angiosclérose surtout dans les cas de gangrène idiopathique. Ce traitement est indiqué dès que la pression au pouls radial dépasse 150 millimètres, alors même que l'hypertrophie du cœur et l'accentuation du second bruit aortique sont douteuses.

Une fois la gangrène constituée, il est difficile d'instituer un traitement suivant des règles fixes. Souvent des lésions de moindre importance, comme des furoncles gangréneux, des anthrax et la nécrose de la peau, guérissent à la suite d'un régime antidiabétique et d'un traitement local antiseptique. La gangrène idiopathique chez le diabétique est toujours sèche, de forme aseptique, tandis que la gangrène progressive chez tous les malades, diabétiques ou non, est humide et septique. On doit entretenir dans son état sec la gangrène sèche par tous les moyens dont on puisse disposer et, si possible, transformer la variété humide en variété sèche. La forme idiopathique, sèche, aseptique, ne doit pas être traitée par des moyens radicaux, mais on doit favoriser la formation de la ligne de démarcation pendant que le malade est sous l'influence du régime antidiabétique. Dans la forme inflammatoire il faut soumettre le malade à ce régime avant d'entreprendre une opération, à laquelle il faut recourir immédiatement à la moindre élévation de température. Une opération radicale peut prolonger l'existence, dans les cas septiques, pourvu que le patient soit dans de bonnes conditions pour supporter l'opération. Si, au contraire, l'état général est mauvais, le cœur défaillant, l'hyperglycémie intense, il y a peu à attendre d'une opération. La désarticulation enfin doit être préférée à l'amputation.

L. JUMON.

Traitement de la scrofule par les injections intra-musculaires d'eau marine (*Rivista critica di Clinica medica*, nos 14-15, 1906). — L. PERMOSSI a traité plusieurs scrofuleux par cette méthode : les résultats ont été assez bons. Il a employé l'eau marine prise à plusieurs kilomètres de la rive, conservée en grosses éprouvettes fermées par un bouchon de coton et stérilisées par la méthode de stérilisations fractionnées à 81-84°.

Les doses ont varié, suivant l'âge, de 5 à 20 centimètres cubes tous les deux jours, par voie intra-musculaire, après addition de quelques gouttes de teinture d'iode. Ces injections sont presque indolores, ne laissent aucune nodosité.

L'influence bienfaisante du traitement sur le système ganglionnaire est évidente : dans un cas on a même observé la guérison d'une hypertrophie de la thyroïde qui datait de six a

Il est bon, pour ne pas trop fatiguer les malades, de diviser le traitement en deux périodes dans l'année. Il va sans dire qu'il est nécessaire d'instituer en même temps une alimentation rationnelle, de ne pas oublier l'huile de foie de morue et les autres préparations arsénico-ferrugineuses, ainsi que d'insister sur une amélioration des conditions hygiéniques.

A.-L PERCIVAL.

Thyroïdectomie dans le goitre exophtalmique, par DOWNES (*Medical Record*, 28 avril 1906). — L'auteur rapporte deux cas de goitre exophtalmique heureusement traités par la thyroïdectomie.

Le premier concerne une femme mariée, sans antécédents qui, après un traumatisme grave, eut des spasmes nerveux, puis du tremblement; en même temps, la tuméfaction de la thyroïde et l'exophtalmie firent leur apparition. La malade ne pouvait ni travailler, ni écrire à cause du tremblement. Elle avait en même temps des sueurs profuses, de la céphalée et de la diarrhée, et elle n'était soulagée qu'au lit. L'opération consista à enlever un lobe entier avec l'isthme. Un soulagement très marqué suivit la thyroïdectomie. Le tremblement disparut entièrement au bout d'une semaine et le pouls s'abaissa à 80 au dixième jour. Tous les symptômes disparurent alors et la malade put se livrer à ses occupations. Elle gagna quinze livres et se sentait beaucoup mieux qu'avant depuis plusieurs années. L'exophtalmie seule persista.

La seconde malade avait vingt-sept ans ; elle se plaignait surtout d'irrégularités cardiaques. On enleva toute la glande à l'exception d'un quart du lobe gauche. La glande avait le volume de deux poings, l'exophtalmie était énorme : quatre ou cinq semaines après l'opération, il survint une myxœdème qui disparut dans la suite sans traitement.

Depuis l'opération, l'état de la malade a été constamment satisfaisant.

L. JUMON.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Traitement de la fièvre typhoïde dans la pratique, par CH. NAMMACK (*Med. Rec.*, 28 avril 1906). — Dès sa première visite, l'auteur prescrit une bonne dose de calomel et un purgatif salin.

Il formule ensuite les prescriptions relatives à la diète et à l'hygiène. Il faut alimenter les malades, mais non les surcharger d'aliments : il serait plutôt préférable de donner seulement de l'eau à discrétion les premiers jours.

L'antisepsie intestinale a été très en faveur, il y a plus de dix ans, mais l'auteur déclare n'en avoir pas retiré de résultats. Lorsque l'intestin a été suffisamment débarrassé, on peut permettre du lait, des œufs et de l'eau pendant la période fébrile, et même des gelées de fruit, et une fois par jour, une soupe de légumes ou du bouillon de viande avec une quantité suffisante de sels minéraux. Dans d'autres cas, les malades pourront prendre du babeurre, du koumys, du lait peptonisé ; pour varier, une crème glacée. On peut permettre tous les matins une tasse de café au lait. La nuit, on doit laisser le malade dormir et ne pas troubler son sommeil en lui donnant de la nourriture. L'auteur garde la conviction que le régime doit être liquide, jusqu'à ce que la température du soir soit normale depuis une semaine.

On ne doit recourir à l'alcool qu'en présence de certaines indications, lorsque le cœur s'affaiblit, que le pouls est petit, faible, irrégulier, que le premier bruit est peu distinct ; en second lieu, lorsque le délire, le tremblement, la carphologie indiquent une toxémie profonde. Les complications respiratoires, la bronchite, la bronchopneumonie, la pleurésie, les habitudes alcooliques, la faiblesse constitutionnelle exigent également une certaine dose d'alcool. La néphrite aiguë ou la néphrite chronique avec exacerbation aiguë due à l'infection typhoïde est une contre-indication.

La strychnine sera donnée dans les mêmes circonstances que l'alcool. Après l'ingestion d'aliments, on peut donner de la limonade chlorhydrique et de la pepsine. On évitera la strychnine dans les cas d'exagération des réflexes rotuliens.

L'agent qui, en réalité, a le plus d'action dans le traitement de la fièvre typhoïde est l'eau intus et extra.

Certains symptômes exigent une attention spéciale. La céphalalgie dans la première semaine est plus calmée par la tranquillité, l'obscurité et les applications froides locales que par les analgésiques. L'insomnie réclame parfois le bromure et le chloral. L'opium a une influence fâcheuse sur les fonctions digestives et la sécrétion dans les premiers jours de la fièvre typhoïde.

La somnolence, la stupeur et le délire doivent être traités par les stimulants et les antipyrétiques externes. Le tremblement est une indication de l'alcool et de la strychnine. Les

vomissements au début témoignent d'une infection profonde ou d'une grande instabilité de l'estomac ; plus tard, ils peuvent être d'origine urémique.

Contre la tympanite, en dehors des laxatifs, on peut faire des applications de compresses térébenthinées.

Parmi les complications, l'auteur signale la cholécystite, qui peut réclamer une opération dans les cas graves. L. JUMON.

Les boissons salines dans la fièvre typhoïde et leur action sur la température, par J. TODD (*Med. Record*, 14 avril 1906). — Dans le traitement de la fièvre typhoïde, l'utilité du lait est reconnue par tout le monde, mais pour le reste du traitement on a adopté trois manières de faire principales : l'antisepsie intestinale, l'expectation et l'emploi des boissons pour éliminer les bactéries et les toxines et modérer la température. C'est sur l'importance des boissons qu'insiste l'auteur. Sans croire que la méthode des boissons salines est le meilleur traitement des cas désespérés, l'auteur croit que le nombre des cas graves diminuerait beaucoup si on administrait des boissons salines dès le début de la maladie. L'organisme réclame sans cesse des matériaux salins. Un adulte en activité normale consomme 32 grammes par jour de sels inorganiques et une personne soumise au régime lacté prendrait 15 grammes de sel. L'auteur recommande de donner aux typhiques 8 grammes de chlorure de sodium et 4 grammes de bicarbonate de potasse dans les vingt-quatre heures, dans 2 litres d'eau, à laquelle on ajoute une cuillerée à thé de jus de citron par 250 grammes d'eau, de sorte que le liquide est très facilement pris par les malades. Dans les maladies fébriles la ration d'eau doit être augmentée en raison de l'augmentation des désintégrations; en outre, de grandes quantités d'eau abaissent la température et entraînent les produits toxiques. Enfin les boissons salines permettent de rendre à l'organisme certains des sels nécessaires qui entrent dans l'alimentation ordinaire.

L. JUMON.

Traitement hydrique du choléra asiatique et du choléra nostras, par FISCHER (*La Presse médicale*, 23 mai 1906). — L'auteur rappelle que Priessnitz traita le premier le choléra par des enveloppements à l'eau froide avec frictions par-dessus le drap. En même temps le sujet boit de l'eau froide ; après la première friction, on le met dans un bain de siège à 8 ou 9° R., qu'on remplace dès qu'elle a atteint 11 ou 12° R. Au bout de quelques minutes, on recommence les enveloppements et frictions pendant que le sujet est encore dans son bain de siège, où il reste jusqu'à ce que les vomissements et la diarrhée se soient calmés (une demi-heure environ). A ce moment on sort le malade du bain, on le sèche et on applique autour de l'abdomen et des reins une toile de lin mouillée, recouverte d'une autre toile sèche. On couche le cholérique dans un lit, sans trop le couvrir, et il s'endort le plus souvent : à son réveil, il est plongé trois à cinq minutes dans un bain à 10 à 12° R., puis on l'évente vigoureusement. Enfin il s'habille et se promène.

Si les crampes prédominent, on augmente le nombre des frictions au drap mouillé.

Comme prophylaxie, porter en permanence une toile mouillée enroulée autour de la région lombo-abdominale, à changer cinq fois environ par jour.

Ces mêmes règles, appliquées au choléra nostras agissent bien plus efficacement encore, car il suffit en général d'une seule procédure hydrique pour arrêter l'accès de diarrhée : on continue par un bain de siège d'une demi-heure : puis on applique une compresse froide sur le ventre, et l'on fait faire au malade une promenade jusqu'à ce que son corps se réchauffe. On renouvelle la compresse dès qu'elle est sèche.

Toutes les vingt-quatre heures, on fera, pour éviter le catarrhe intestinal consécutif, deux traitements complets pendant quelques jours.

E. VOGT.

Le glycogène dans le traitement des maladies infectieuses, par DE NITTIS (*La Tribune médicale*, 22 mai 1906). — Sous l'influence des injections de glycogène, la courbe de la fièvre typhoïde ne reste que peu de jours en plateau : bientôt l'abaissement se manifeste. Chez le fébricitant une injection quotidienne sous-cutanée (un centimètre cube d'une solution à 10 p. 100) est à recommander : l'apyrétique ingérera des capsules. Dans une épidémie observée à Butler (E.-U.), de nombreux cas traités ont démontré l'efficacité de la médication, et à l'Hôpital-Gouverneur de New-York, vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale n'ont donné que trois décès, proportion extrêmement faible. On put pratiquer dans cette affection, jusqu'à trois injections par jour. Les autres traitements employés au cours de l'épidémie furent loin de donner de tels résultats.

Les capsules doivent être solubles dans l'estomac, car le glycogène est détruit par les ferments pancréatiques dans l'intestin. On donnera les capsules une grande heure avant le repas. E. VOGT.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement médical des adénites non suppurées, par BABOU (*La Médecine moderne*, 4 juin 1906). — L'auteur recommande l'emploi du vasogène iodé (iodosal); on fera deux fois par jour une friction avec une demi-cuillerée à café du topique. En même temps, surtout dans les cas rebelles, on peut donner deux fois par jour XXV gouttes à l'intérieur de ce produit, émulsionnées dans une fiole de lait dont on mélange ensuite le contenu à une tasse à café.

Les avantages du vasogène iodé sur la teinture d'iode en badigeonnages sont de ne pas colorer le peau, de ne déterminer aucune douleur : à l'intérieur le vasogène n'est pas caustique et son action est rapide. Enfin on observe avec ce médicament des effets trophiques et antiphlogistiques, car chez un sujet traité pour de l'adénite cervicale on vit disparaître une blépharite glandulo-ciliaire qui jusque-là avait résisté aux lavages boriqués. Le même résultat a été noté dans un cas compliqué d'adénite trachéo-bronchique. E. VOGT.

Traitement ambulatoire de la fissure anale, par SAMUEL GANT (*Medical Record*, 28 avril 1906). — Au point de vue étiologique il y a deux types de fissure anale. Le premier est d'origine traumatique, passage des corps étrangers, scybales; le second est produit par la déchirure d'une valvule semi-lunaire. Il est inutile d'insister sur les symptômes et le diagnostic bien connus de la fissure anale.

Si la fissure est récente et n'est pas accompagnée de sphinctéralgie, le malade est soumis à un régime doux et prend un laxatif pour avoir une ou deux selles demi-solides. Les exercices prolongés doivent être évités. La fissure est nettoyée avec une solution antiseptique après chaque selle et badigeonnée avec une solution de nitrate d'argent à 10 p. 100, d'ichtyol et de glycérine à 15 p. 100 ou de baume du Pérou. L'application de poudre d'orthoforme ou de calomel a donné quelquefois de bons résultats, mais l'auteur préfère l'emploi de solutions qui ne déterminent pas de prurit.

Une fissure ancienne ou accompagnée de sphinctéralgie exige en général un traitement chirurgical. Si le malade n'accepte pas ce traitement, on peut même essayer des applications de nitrate d'argent à 20 p. 100, d'ichtyol à 50 p. 100 et de baume du Pérou pur pour les premières fois, puis on se sert de solutions moins fortes. L'application de caustiques purs, du crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre est trop douloureuse : si l'on veut cautériser, il est préférable d'employer le galvanocautère après anesthésie locale.

C'est le traitement chirurgical qui donne les résultats les plus rapides et les plus satisfaisants, avec le minimum de douleurs. Depuis longtemps l'auteur n'a plus recours qu'à l'anesthésie locale pour l'incision du sphincter, la dilatation forcée et l'excision. On a recours habituellement à la dilatation forcée de l'anus : mais tous les cas ne guérissent pas par ce procédé parce que le sphincter se resserre de nouveau avant que la fissure soit guérie. L'incision ou la division du sphincter est l'opération de choix.

Le patient est placé dans la position de la taille ou sur le côté gauche, les membres inférieurs fléchis sur l'abdomen. Un assistant écarte les fesses : l'opérateur saisit entre le pouce et l'index un pli cutané au-dessous de la marge de l'anus pour y faire une injection d'eucaïne dans le derme, de manière que la peau blanchisse jusqu'à la marge de l'anus. On fait de même une injection dans le sphincter externe et la paroi postérieure du rectum. L'opérateur se sert d'une forte paire de ciseaux dont une branche est pointue, l'autre boutonnée. La branche pointue est enfoncée à travers la peau sur la ligne médiane à un pouce en arrière de l'anus, la branche boutonnée s'enfonce à travers l'orifice anal. On enfonce les ciseaux à un ou deux pouces et on sectionne les tissus interposés, peau, tissu sous-cutané, sphincter, paroi postérieure du rectum. On excise les hémorroïdes et on comprime légèrement la plaie pour prévenir l'hémorragie. On panse avec de la gaze qu'on maintient avec un bandage en T. Le traitement consécutif consiste à nettoyer la plaie après chaque selle et à mettre une mèche de gaze pour écarter les lèvres de la plaie. La semaine suivante on imbibe la gaze avec de l'ichtyol ou du baume du Pérou. Les opérés n'ont pas besoin de garder la chambre et peuvent manger ce qu'ils veulent, tout en donnant la préférence à une alimentation demi-solide. Grant reconnaît à son procédé les avantages suivants : disparition immédiate de la contracture et de la douleur, guérison constante, durée de l'opération trois à cinq minutes, sans anesthésie générale, repos au lit inutile, innocuité du procédé, facilité des pansements. Si l'on préfère recourir à la dilatation forcée, l'auteur injecte l'eucaïne dans le sphincter et les tissus adjacents à la commissure postérieure et sur les côtés de l'anus.

L. JUMON.

Valeur de l'anesthésie médullaire dans les maladies abdominales aiguës, par PERCY DEAN (*Brit. med. J.*, 12 mai 1906). — L'anesthésie par l'injection lombaire ne peut être considérée comme un procédé régulier d'anesthésie dans les maladies aiguës de l'abdomen. Cependant il est des cas où l'anesthésie générale est excessivement dangereuse, dans la péritonite aiguë par exemple. Aussi l'auteur qui s'est servi de la stovaïne en injection intra-spinale est-il convaincu de la grande valeur de cette méthodes et croit-il devoir faire quelques remarques à ce sujet.

Dans les cas aigus il est très difficile d'évaluer la dose nécessaire pour produire l'anesthésie complète, et, en raison du danger de la paralysie intercostale qui confine à la limite de l'anesthésie requise, il est nécessaire de tâter le malade. Il est donc important, pour l'auteur, de commencer par une dose minime, quitte à l'augmenter graduellement, si s'est nécessaire, dans les cas où l'anesthésie doit atteindre le niveau de la région supérieure de l'abdomen. Il faut ainsi laisser la canule en place jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet maximum. L'auteur commence par une dose de 6 centigrammes de stovaïne comme minimum et si après son emploi il est évident que la zone est trop petite, on l'augmente de 3 centigrammes. C'est le seul moyen d'éviter la dose dangereuse de la paralysie intercostale. Il peut arriver d'autre part que l'anesthésie ne soit pas d'une durée assez longue pour achever l'opération. Pour résoudre la difficulté, l'auteur laisse la canule en place pendant l'opération, afin d'injecter une nouvelle dose s'il est nécessaire.

Un autre point à considérer est que l'anesthésie médullaire par la stovaïne semble parfaitement mettre à l'abri du shock les malades qu'on opère pour accidents de péritonite. Si les les phénomènes du shock apparaissent avec la stovaïne, c'est un signe, ou bien que l'anesthésie disparaît ou bien que la durée de l'opération devient un danger.

Dans l'instrumentation, l'auteur interpose un tube de caoutchouc qui est inséré sur le trocart, et qui, par l'autre extrémité s'adapte à la seringue de verre, de sorte qu'on peut plus facilement manier la seringue sans crainte de la briser : d'un autre côté on peut pincer le tube pour éviter la sortie du liquide céphalo-rachidien.

Quant aux dangers de ce mode d'anesthésie ils semblent être beaucoup moindres qu'avec les anesthésiques généraux. L'auteur a opéré à l'aide de la rachistovaïnisation, avec un plein succès, trois cas de péritonite consécutive à l'appendicite, un cas de péritonite consécutive à un étranglement interne et deux cas de tumeur scrotale.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement de la périgastrite adhesive due à l'ulcère de l'estomac, par le Dr JEANNE (*La Normandie médicale*, 1er juin 1906). — On conçoit qu'il soit difficile de diagnostiquer la périgastrite et qu'on ne peut songer à un traitement chirurgical systématique. L'intervention ne sera pas commandée en général par un diagnostique précis, mais par un trouble fonctionnel important ; ce qu'il faut savoir, c'est non pas comment il faut opérer, mais s'il faut opérer.

Il faut d'abord soumettre les malades à un traitement médical, pour atténuer ou faire disparaître les troubles : repos au lit, glace sur l'épigastre, régime lacté exclusif ou diète hydrique. Si les crises se répètent, si les douleurs et les vomissements continuent et si l'alimentation est insuffisante, il ne faut pas attendre pour intervenir que la vie du malade soit en danger.

La symphyse gastrique est justiciable, selon les cas, de trois modes d'intervention : la gastrolyse ou libération de l'organe, la résection de l'ulcère et la gastro-entérostomie. Ces opérations peuvent d'ailleurs se combiner.

Le principal inconvénient de la gastrolyse est la reproduction possible des adhérences, qui oblige à opérer de nouveau. Le procédé le plus sûr pour empêcher cette reproduction est la péritonisation des surfaces sanglantes, qui s'obtient en rapprochant et suturant les bords de chacune de ces surfaces. A cet effet, on fait une gastroplication, on plisse ou on décolle le péritoine pariétal. On pourrait aussi utiliser le grand ou le petit épiploon suivant le siège de l'adhérence. Dans un cas, l'auteur a employé avec excellent résultat la greffe épiploïque à distance. Il serait disposé aussi à appliquer le côlon transverse sur une partie dénudée de l'estomac tout en conservant à ces deux organes une mobilité suffisante. Mais souvent la péritonisation est impraticable si les surfaces cruentées sont trop étendues. Schwarz aurait empêché le retour des accès douloureux et peut-être la reproduction des adhérences par l'insufflation répétée de l'estomac.

Les adhérences postérieures, si elles ne sont pas lâches, sont difficiles à traiter, mais le peu de troubles qu'elles occasionnent oblige rarement à intervenir. Cependant, le chirurgien est toujours obligé de s'en occuper au cours d'une intervention. L'auteur croit alors qu'il vaut mieux aller à la recherche des adhérences postérieures, en relevant l'estomac, à travers le mésocôlon transverse, en arrière des arcades vasculaires, comme si l'on pratiquait une gastro-entérostomie postérieure.

Avant toute tentative, il est utile de faire une exploration par le palper bi-digital, un doigt étant introduit par l'hiatus de Winslow ou au-dessus de la petite courbure, l'autre dans l'arrière-cavité par une brèche méso-colique ou gastro-colique, afin d'apprécier l'épaisseur, la résistance et l'étendue des adhérences. Si l'on a pu détacher les adhérences, la paroi stomacale peut-être assez amincie pour qu'elle se perfore les jours suivants : il faudra donc renforcer les points douteux par des sutures et drainer l'arrière-cavité des épiploons. Dans tous les cas, il faut suivre de l'œil le progrès du décollement, afin de voir nettement ce que l'on fait.

L. Jumon.

Sur les avantages des farines diastasées dans la diète lactée absolue et celle de lait et semoule, par G. Finisco et E. Concornotti (*Annali di Elettricita medica e Terapia fisica*, n° 2, (1906) — Depuis quelques temps, on donne une grande importance dans l'alimentation des enfants bien portants et malades aux farines des légumes et des céréales; plus particulièrement à celles artificiellement diastasées .

Les auteurs ont étudié le rendement utile c'est-à-dire la quantité totale d'aliment absorbé par le canal digestif et utilisé par l'organisme, soit dans l'alimentation lactée, soit dans l'alimentation à base de lait et de semoule, soit enfin de lait et de farine diastasées. Ils ont vu que l'enfant de deux ans, avec l'addition au lait de farines plus ou moins dextrinisées ou de semoule, utilise mieux l'alimentation en général et plus spécialement les substances protéiques : les farines passent mieux que la semoule.

Chez l'enfant de dix mois, l'addition de semoule au lait ne sert à rien, tandis qu'on a de très bons résultats avec les farines dextrinisées.

Eu égard à l'importance des substances protéiques dans l'alimentation et dans la production de substances toxiques, si elles ne subissent une protéolyse normale et complète, ces résultats ont une grande valeur pour l'hygiène alimentaire des enfants à l'état normal et dans la thérapeutique alimentaire des enfants malades par lésions gastro-intestinales.

A.- L. Percival

Pathogénie et traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse, par Enriquez et Grenet (*Le Bulletin médical*, 6 juin 1906). — Il s'agit avant tout de chercher à établir la cause de l'affection dyspepsie colique d'origine centrale provoquée par la neurasthénie ou symptomatique d'altérations de la muqueuse, ou encore réflexe, commandée par une modification organique d'un des organes de l'abdomen : cette tâche est souvent fort difficile.

Dans tous les cas, le repos moral et physique rendra de grands services; en outre on traitera toutes les affections qui peuvent avoir provoqué le réflexe intestinal, dans les cas appropriés.

Comme régime, on recommandera la diète lactée pendant les paroxysmes : on l'abandonnera dans les périodes d'accalmie et l'on permettra les potages, les bouillies de farine, les œufs à la coque peu cuits, le poulet, les poissons à chair maigre, les légumes secs ou verts en purée, le pain rassis ou grillé. Comme boisson, eau pure de préférence, avec un peu d'extrait de malt.

On interdira le bouillon, les potages épicés, les ragoûts, les viandes faisandées, les poissons lourds, les œufs durs, le chou, les salades, les sauces, les épices, etc. Ni thé, ni café, ni liqueurs.

On veillera à ce que les malades s'alimentent suffisamment.

Les frictions, le massage avec précaution, non profond (car en cas de constipation spasmodique le résultat serait déplorable), l'effleurage, le massage vibratoire avec ou sans appareil sont à conseiller s'il n'existe pas de symptômes d'appendicite.

L'hydrothérapie sera chaude : lotions et douches tièdes, bains, compresses chaudes sur l'abdomen.

L'électrothérapie est indiquée quand il y a peu de douleurs et de la constipation : la galvanisation avec renversements agit plus rapidement que la galvanofaradisation, mais elle est moins bien supportée.

Comme stations thermales, Plombières, avec son action sédative, et Châtel-Guyon, plus tonique, ont chacune leur indication. La première convient aux malades ayant des symptômes nerveux d'excitation, la seconde aux constipés atoniques et obèses. Mais ces règles ne sont pas absolues, et certains malades bénéficieront de la cure successive dans les deux stations.

Les lavages intestinaux exagèrent le spasme, mais ils sont parfois nettement indiqués en cas de coprostase intense. La pression sera de 30 à 60 centimètres : l'eau ne contiendra pas de substance médicamenteuse, sauf le bicarbonate de soude.

Les lavements d'huile sont excellents : ils sont toutefois mal supportés dans quelques cas.

Les purgatifs salins et les drastiques sont nuisibles : le psyllium et la graine de lin ne suffisent pas dans les cas intenses : l'huile de ricin, additionnée de belladone, sera le purgatif de choix.

En cas de crise, on prescrira, par exemple :

Extrait de jusquiame.....	ââ 0 gr. 02
— de belladone.....	
— de chanvre indien.	
Menthol.....	0 » 05
Alcool de menthe.....	5 »
Eau chloroformée.....	50 »
Julep gommeux.....	100 »

Une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures. Les bromures, qui irritent les voies digestives, ne doivent pas être prescrits.

E. VOGT.

Traitement de l'insuffisance hépatique, par ALF. CROFTAN (*Med. Rec.*, 28 avril 1906). — Le traitement de l'insuffisance hépatique peut être considéré à deux points de vue ; la suppression de ses causes, le traitement symptomatique de ses manifestations. Le traitement causal, qui est souvent prophylactique, consiste à combattre les infections, les intoxications, les causes mécaniques qui déterminent l'insuffisance des cellules hépatiques. Les causes mécaniques sont souvent inaccessibles à un traitement direct, et le traitement médical n'agit guère que dans un seul cas, lorsqu'il y a une lésion syphilitique. Dans la stase veineuse du foie consécutive aux cardiopathies, le traitement tonique cardiaque peut faire disparaître les symptômes de l'insuffisance hépatique. Dans les cas d'intoxications, le traitement consiste à régler le régime de manière à éliminer les substances douées d'une action toxique ou qui donnent lieu à des produits toxiques. Il faut réduire au minimum les putréfactions intestinales, provoquer la destruction ou hâter l'élimination des toxines. On peut comprendre dans le chapitre du traitement causal tous les moyens capables de stimuler les cellules hépatiques et de leur rendre leur énergie.

Comme traitement diététique, il faut d'abord prohiber tous les liquides alcooliques, certains vins qui sont toxiques en raison des bouquets surajoutés. Les épices et les condiments doivent toujours être exclus de l'alimentation, parce qu'ils contiennent des principes nuisibles pour le foie.

Une deuxième règle capitale est de limiter l'usage des corps gras, qui sont mal élaborés en raison de l'absence relative des acides biliaires. Les graisses non saponifiées donnent lieu à des produits acides très irritants pour le foie. La toxicité urinaire augmente dans les cas d'insuffisance hépatique lorsqu'on donne trop de corps gras ; on doit donc réduire ces derniers au minimum. La viande et les œufs doivent être réduits en quantité, car ils donnent lieu à des produits toxiques dans l'intestin, lorsque la bile est en quantité insuffisante.

Il reste donc comme aliments les légumes et les hydrates de carbone. Ces derniers ne sont pas toxiques et ne donnent pas lieu à des toxines dans l'intestin. Le sucre, d'autre part, stimule l'activité du foie. Toutefois, il ne faut pas donner une quantité trop abondante d'hydrates de carbone, car il pourrait survenir une dyspepsie caractérisée surtout par la flatulence. Il faut seulement accroître leur quantité pour remplacer les graisses. On peut toujours donner du lait sans inconvénient, mais on doit éviter le régime lacté exclusif. En résumé, ce régime doit être léger, dépourvu de tout liquide alcoolique, avec un minimum de graisse, une petite quantité d'aliments albuminoïdes et des fruits frais, des légumes, du lait, des farineux. Les détails du régime doivent être réglés suivant les idiosyncrasies et les goûts et suivant l'état des autres organes, notamment des reins.

Etant donné que la principale source de poisons pour le foie réside dans l'intestin, l'antisepsie intestinale a une grande importance dans tous les cas d'insuffisance hépatique. Mais nos moyens de restreindre la pullulation des bactéries sont assez limités ; les meilleurs consistent dans l'emploi des laxatifs salins, associés au besoin aux irrigations intestinales. Par contre, on ne doit recourir qu'avec prudence aux purgatifs et aux drastiques qui peuvent irriter le foie.

L'action purgative, diurétique et diaphorétique peut favoriser l'élimination des toxines par les différents émonctoires ; on doit cependant être réservé sur l'emploi des diurétiques qui favorisent l'action des poisons sur le rein.

Pour stimuler la fonction du foie, on emploiera avantageusement les douches froides sur la région hépatique. Parmi les médicaments cholagogues, les meilleurs sont, sans doute, les préparations salicylées et les acides biliaires.

Pour stimuler la fonction glycogénique, on s'adonnera aux alcalins et à l'antipyrine. Enfin, il n'est pas douteux que l'opothérapie hépatique, sous forme d'extrait de foie peut rendre de de grands services dans les cas de cirrhose et pour augmenter l'excrétion de l'urée. En ce qui concerne les interventions opératoires, l'insuffisance hépatique contre-indique l'emploi du chloroforme : cependant, dans certains cas, l'opération de Talma peut contribuer au rétablissement des fonctions du foie.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux,

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

La lutte contre la tuberculose, par OTT (*Zeitsshr. f. aerzt. Forbildung*, 1er juin 1906). — La mortalité tuberculeuse de la classe aisée est à Hambourg de 1,37; elle est de 7,82 pour la classe ouvrière. C'est donc cette dernière qui doit attirer l'attention en premier lieu, et il est urgent de s'occuper surtout des sujets gravement atteints que les sanatoria ne peuvent recevoir.

Il y a surtout lieu de s'adresser à la charité privée et de fonder de nombreux dispensaires. destinés à diriger le malade de façon à l'empêcher de nuire à lui-même et à son entourage.

En résumé, l'auteur désirerait voir se généraliser en Allemagne la fondation de dispensaires semblables à ceux qui fonctionnent en France.

E. VOGT.

Traitement médicamenteux et mécano-hydrothérapique des troubles respiratoires et circulatoires, par le Pr BŒUMLER (*Zeitschr. f. aerztl. Forbildung*, 1er juin 1906). — Il faut distinguer entre l'action médicamenteuse et celle des agents physiques quand le résultat de leur action est de faire baisser la fièvre et disparaître les troubles divers que cette fièvre a provoqués. En effet, la médication antithermique exerce une action chimique directe sur le système nerveux, alors que le bain froid, par exemple, excite les nerfs de la périphérie et influence ainsi la circulation sanguine, car la vaso-constriction périphérique a pour conséquence une irrigation intense des organes internes, suivie d'une vaso-dilatation réactionnelle de la surface cutanée. Il est aisé de comprendre que des effets aussi importants auront des conséquences plus durables que l'action chimique sur le système nerveux exercée par n'importe quel médicament. La preuve de l'énergie de ces phénomènes est donnée par l'examen des urines : si les reins sont influencés à ce point, les autres organes doivent l'être dans les mêmes proportions par l'application externe de l'eau froide.

Dans les affections chroniques, on constate qu'il se fait dans le domaine cardiopulmonaire un travail de compensation qui peut entièrement annihiler les effets de la maladie : l'organe atteint continue malheureusement à se modifier et l'action compensatrice finit par être insuffisante. Le rôle du médecin est de retarder autant que possible ce terme fatal, d'où l'emploi de l'air comprimé ou raréfié dans l'emphysème, le pneumothorax artificiel en cas de lésion tuberculeuse unilatérale, etc. Mais nous possédons dans l'hydrothérapie un moyen plus efficace encore de décharger la petite circulation en provoquant la dilatation des voies sanguines périphériques : on augmente cette action par la gymnastique passive et le massage. Cette thérapeutique sera soutenue de temps en temps par l'emploi de la digitale et des diurétiques.

Si l'on a actuellement un peu abandonné la cure de terrain d'Oertel, cela tient à ce que les pratiques balnéaires, y compris les bains électriques, ont atteint aujourd'hui un développement considérable ; l'euphorie consécutive à ces bains donne confiance aux malades : ce résultat psychique est très important en cas d'affection cardiaque.

L'auteur ne croit pas à l'efficacité des iodures dans l'artériosclérose ; il estime que les prescriptions hygiéniques et diététiques prescrites concurremment au médicament jouent le rôle principal dans les améliorations obtenues.

E. VOGT.

Contre-indication au massage mécanique du ventre dans certaines cardiopathies (*Rivista critica di Clinica medica*, nos 13-14, 1906). — A. CONTI, étudiant l'influence du massage abdominal avec l'ésocarde sur le nombre de pulsations cardiaques, sur la pression artérielle et sur la capacité vitale pulmonaire, a vu que avec l'ésocarde on chasse l'excès de sang du ventre, on excite le pneumogastrique, on diminue la résistance périphérique et on augmente la force de la systole. Néanmoins, ainsi que Cyon l'a déjà démontré pour la bicyclette, l'ésocarde est contrindiqué dans les maladies de cœur qui viennent à intéresser particulièrement la petite circulation où s'accumule le sang chassé du ventre. De même que la digitale, l'ésocarde doit être abandonné dans les lésions

cardiaques où le prolongement de la diastole est nuisible au ventricule par ses lésions valvulaires (insuffisance aortique).

A.-L. PERCIVAL.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Traitement local et opératoire en cas de psychonévroses, par BAUKE (*Deutsche méd. Zeitung*, 4 juin 1906). — L'auteur met en garde contre les interventions qui n'ont souvent qu'un effet passager sur l'état psychique : bien plus, certaines manipulations (sondage, examen au spéculum, etc.) peuvent chez les prédisposés, éveiller des idées délirantes : l'attention du malade est concentrée sur la région traitée et bientôt il apparaîtra dans cette région un trouble local psychique : le massage utérin, par exemple, a été cause de nombre de troubles de ce genre. Tous les traitements institués dans le but de provoquer une suggestion salutaire peuvent dépasser l'effet utile et provoquer des psychoses.

Si des interventions aussi peu importantes peuvent avoir de tels résultats, il ne faut pas s'étonner si les opérations chirurgicales exercent, dans certains cas, des méfaits bien plus marqués encore. Il est vrai que des opérations ont pu enrayer des troubles hystériques graves, mais on ignore en général quel est le résultat définitif, une fois l'action suggestive de l'intervention épuisée.

L'auteur conseille, en présence d'une affection locale, de toujours procéder à une anamnèse sévère au point de vue de la prédisposition névropathique. Il est évident que s'il s'agit, par exemple, d'hémorragies dont la répétition a provoqué une aggravation de l'état nerveux, il faut intervenir. Dans tous les autres cas, on interviendra aussi peu que possible localement.

Pour l'auteur, les cas où la névrose est causée directement par une affection locale, sont très rares. Un sujet bien équilibré supporte sans troubles nerveux appréciables des affections locales.

Dans tous les cas, il faut rejeter toutes les opérations simulées.

Règle générale, il serait à désirer que, dans la sphère génitale de la femme, le neuropathologiste soit plus souvent appelé à contribution par le gynécologue qu'il n'est de règle aujourd'hui. Si des interventions sont indispensables chez des névropathes, on agira le plus rapidement possible pour éviter la phobie opératoire, et on interviendra autant que possible une seule fois, car les manipulations répétées agissent plus fortement sur la psychose qu'une opération unique. Si cette dernière n'a pas réussi, il faut se garder de recommencer. Le traitement de l'état général, entrepris par un psycho-thérapeute, rendra toujours des services et il sera bon d'y recourir avant d'intervenir, si l'intervention semble indispensable. En tout cas, il faut revenir de l'erreur qui a causé tant de mal, à savoir que l'exhibition d'appareils impressionnants, l'annonce d'opérations infaillibles opèrent des miracles suggestifs : tout au contraire la suggestion doit être soigneusement cachée : on doit, avec Dubois (de Berne) faire l'éducation des malades par une persuasion lente, sans apparat. La méthode est beaucoup moins expéditive, mais elle est bien plus sûre.

E. VOGT.

Epilepsie et diète achlorurée, par MM. SALONGGI, DAMO et ZAMBELLI (*Rivista critica di Clinica medica*, n° 17, 1906). — Les auteurs ont étudié l'influence de la diète achlorurée et hypochlorurée sur les épileptiques et sur le traitement bromique, ils aboutissent aux conclusions suivantes :

La diète achlorurée a notablement diminué chez tous les épileptiques le nombre et la violence des attaques : parfois elles les a suspendues pendant des mois.

La diète hypochlorurée a seulement diminué le nombre des accès : il suffit de donner en même temps de petites doses de bromure pour en réduire fortement le nombre et la violence.

Dans les formes légères d'épilepsie, il suffit de la diète achlorurée pour diminuer et même supprimer le mal pendant longtemps ; dans les formes graves il est nécessaire de prescrire aussi les bromures.

La diète achlorurée enfin, seule ou associée aux bromures, même prolongée pendant des années n'a produit chez les malades ainsi traités aucun trouble de l'état général, ni somatique, ni psychique.

A.-L. PERCIVAL.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Œdème laryngé ; traitement, par HARMON SMITH (*Medical Record*, 21 avril 1906). — Après

avoir relaté plusieurs observations d'œdème du larynx, l'auteur énumère les causes par ordre de fréquence. L'infection, de quelque origine qu'elle soit, est une première cause. Viennent ensuite les abcès de la base de la langue, péritonsillaires ou rétropharyngiens, les néphrites, la tuberculose, la syphilis, les affections cardiaques, le rhumatisme affectant l'articulation crico-arythénoïde, le traumatisme, les corps étrangers, les poisons corrosifs, la grippe chez les enfants, l'iodure de potassium, la fièvre typhoïde, la malaria, la fièvre scarlatine.

Le traitement de l'œdème laryngé a souvent une importance extrême, surtout lorsque les accidents se présentent rapidement sans prodromes. Dans les cas aigus primitifs, on appliquera des compresses froides et des sangsues sur le cou. A l'intérieur on donnera un purgatif actif ou même un vomitif, qui pourront dériver les liquides de l'œdème. Les pulvérisations d'une solution d'adrénaline dans la gorge et dix gouttes de cette solution toutes les heures constituent des moyens thérapeutiques très importants. Browne a conseillé l'injection sous-cutanée d'un centigramme et demi de pilocarpine. On a employé les badigeonnages locaux de teinture d'iode après cocaïnisation. Dans ces cas, la saignée a produit parfois des modifications très favorables, même lorsque l'œdème était secondaire à un abcès lingual. Les scarifications ou les ponctions ont une valeur incontestable, mais elles ne sont pas toujours praticables, soit parce que la contracture de la mâchoire s'y oppose, soit parce que les accidents obligent à avoir recours immédiatement à la trachéotomie. Celle-ci constitue le traitement le plus efficace et ne doit pas être trop retardée lorsque les différents traitements locaux ont échoué.

Dans le cas où l'œdème est secondaire à un abcès situé dans le voisinage, l'évacuation du pus sera très probablement suivie de la disparition de l'œdème. L'attention doit être dirigée sur tout trouble constitutionnel pouvant favoriser l'œdème du larynx, qu'il s'agisse d'une cardiopathie, d'une néphrite, de la syphilis ou du rhumatisme.

Il existe une névrose vaso-motrice connue sous le nom d'œdème angio-neurotique; Osler en a rapporté vingt-neuf cas. Les particularités de cet œdème sont son apparition brusque, l'absence de douleur et de fièvre, la variété de ses localisations et sa rapide disparition. Quincke a le premier décrit cette affection sous le nom d'œdème aigu circonscrit : l'affection semble participer de la nature de l'urticaire et atteint rarement le larynx.

L. JUMON.

Traitement de mastoïdite, par MAC CUEN SMITH (*Therap. Gazette*, 15 mai, 1906). — Un traitement prophylactique doit d'abord s'efforcer d'arrêter la maladie à la période d'hypérémie, de façon à prévenir les progrès de la suppuration. Une fois que le pus est collecté, il faut lui donner issue par une incision large de la membrane du tympan au point saillant et qu'on fera suivre d'un drainage. La simple paracenthèse n'est pas chirurgicale, car elle ne pourvoit pas suffisamment à l'évacuation du pus, un drainage insuffisant amenant secondairement une anto-infection. Après l'évacuation du pus de la cavité tympanique, la guérison sera obtenue dans beaucoup de cas par le nettoyage du conduit auditif et de l'oreille moyenne au moyen d'une solution antiseptique suivie de l'introduction d'une bande de gaze iodoformée qu'on enlève tous les jours ou tous les deux jours. Après que les sécrétions on été enlevées à l'aide du coton, on peut sécher l'oreille, puis insuffler une poudre impalpable composée de parties égales d'acide borique et d'aristol.

Si l'affection continue de progresser et atteint l'apophyse mastoïde, la question de l'indication opératoire peut se présenter pour l'apophyse mastoïde.

L'auteur résume ainsi les indications opératoires : L'opération simple ou non combinée est indiquée : dans tous les cas d'otorrhée aiguë avec rougeur, douleur, gonflement, et sensibilité de la mastoïde, lorsque les symptômes ne cèdent pas en vingt-quatre heures à un traitement antiphlogistique;

Dans tous les cas où la mastoïde paraît saine extérieurement, mais où il y a soulèvement ou écoulement de la paroi supérieure et postérieure du conduit auditif externe, associés à des symptômes d'irritation cérébrale ou de pyémie;

Dans tous les cas d'otite moyenne suppurée aiguë compliquant les maladies infectieuses, et ne cédant pas aux méthodes habituelles de traitement, mais présentant des symptômes du côté de la mastoïde ;

Dans tous les cas d'otorrhée aiguë avec température élevée persistante, douleur plus ou moins considérable du côté de l'oreille, le seul symptôme d'affection mastoïdienne étant le soulèvement caractéristique du conduit.

L'opération complète ou combinée est indiquée :

Dans les cas présentant une ouverture fistuleuse de la surface, compliquant l'otorrhée chronique ;

Lorsque des masses de cholestéatome se rencontrent dans un écoulement chronique;

Dans les cas de rétention du pus dans l'obs-

truction du conduit auditif externe, par une exostose;

Lorsqu'un écoulement jaune brunâtre, de mauvaise odeur persiste et ne cède pas aux autres méthodes de traitement. Le pouls et la température n'ont pas de valeur diagnostique, sauf dans les cas aigus, souffrant une seule exception, une lésion intra-cranienne compliquant l'otorrhée chronique.

J. JUMON.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,

Médecin des hôpitaux.

Réflexion sur un cas de pelade, guérison par l'électricité statique, par le Dr SUQUET (*L'Echo médical des Cévennes*, avril 1906). — Il s'agit d'un jeune homme de seize ans chez lequel des plaques de pelade se développèrent en grand nombre en un temps assez court. On n'a noté dans les antécédents qu'une typhoïde remontant à dix ans et un surmenage cérébral intense dans ces deux dernières années. Les traitements les plus énergiques d'abord mis en œuvre ne donnèrent aucun résultat. C'est alors que l'auteur consulté proposa un traitement électro-statique, douches et effluves sur les plaques. Les séances ne purent être faites que tous les huit jours, mais, dès la deuxième, la chute était presque complètement arrêtée, après la troisième les cheveux repoussaient et les aires alopéciques se transformaient en une brosse un peu dépigmentée, mais nettement visible. La repousse continua ensuite à se faire progressivement. Seule, une plaque initiale traitée par le vésicatoire acétique cantharidé de Bidet laissa une zone dépourvue de cheveux. La guérison des autres plaques fut complète et durable. Pour l'auteur, si l'électricité statique a réussi dans ce cas, tout autre mode d'électricité et même tout autre traitement s'adressant au système nerveux aurait pu donner d'aussi beaux résultats. La pelade peut guérir par les courants de haute fréquence, par l'hydrothérapie et même par la suggestion à l'état de veille. De nombreux cas guérissent sous l'influence seule du repos cérébral et de la distraction.

L'auteur croit aussi que les cas de pelade par contagion sont excessivement rares, et qu'indépendamment des fausses pelades, des alopécies en aires contagieuses et des pelades par auto-suggestion, il existe une grosse majorité des cas de pelade à origine trophonévrotique ou dystrophique, à côté d'une infime minorité de cas où la contagion paraît certaine.

L. JUMON.

Nouvelles considérations sur la Röntgenthérapie, par F. PICCININO (*Annali ch. Elettricità medica e Terapia fisica*, n° 1, 1906). — A propos de quelques malades traités par les rayons X et complètement guéris (épithéliome de la face; cancer du sein; maladie de Hodking) et d'autres qui sont très améliorés de lésions externes (lymphadénome; un cas de pseudoleucémie), l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Il n'est pas du tout exact d'attribuer aux rayons X une action curative limitée seulement à la surface des tumeurs.

Le mécanisme d'action des rayons paraît être différent selon la nature des tumeurs traitées; il n'y a pas lieu de croire à une prédilection des rayons pour les tumeurs épithéliales.

La Röntgenthérapie en est encore aux premiers pas dans la thérapie, de nombreuses études sont encore nécessaires avant d'établir les règles exactes à suivre par le radiothérapiste.

A.-L. PERCIVAL.

Le radium dans l'ulcus rodens, par MACKENSIE DAVIDSON (*Brit. med. J.*, 12 mai 1906). — Dans une communication sur le traitement de l'ulcus rodens, l'auteur dit qu'en général il n'est pas nécessaire d'appliquer le radium très fréquemment. Dans beaucoup de cas, la guérison a été effectuée avec une ou deux applications, avec plusieurs semaines d'intervalle. L'activité des différents spécimens de radium est variable, mais il est possible de la mesurer au moyen d'un électroscope. L'auteur préfère employer le radium contenu dans des tubes de verre scellés, car le verre arrête quelques-uns des rayons qui détermineraient des brûlures de la peau et qui ne seraient d'aucun secours pour détruire les cellules de l'ulcère. La puissance du radium avait été fixée pour chaque spécimen pour l'emploi pratique, de sorte que la dose donnée était absolument connue. Sous ce rapport, les tubes employés différaient considérablement du pouvoir des rayons X, qui n'est pas constant, mais dépend de beaucoup de circonstances.

L. JUMON.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de mercure, par H. C. COWLES (*Merck's Archives*, mai 1906. — Dans ce travail, l'auteur rappelle beaucoup de préparations connues depuis longtemps. D'autres sont moins

connues, comme celle de Lambkin, qui est analogue à l'huile grise et qui se compose de mercure métallique, de lanoline et de paraffine liquide et phéniquée à 2 p. 100; X gouttes de cette préparation, qui a l'aspect crémeux, contiennent 6 centigrammes de mercure. La valeur du mercure métallique réside surtout dans ce fait que, quoique actif, il est très lentement absorbé.

Après avoir passé en revue les opinions relatives à la valeur des différents sels de mercure, l'auteur insiste sur la technique des injections. Il ne faut pas perdre de vue que ces injections, par manque de précautions, peuvent entraîner des abcès, des embolies, de la salivation, des indurations douloureuses, de la gangrène localisée, une syncope.

Les préparations de choix sont les sels insolubles; en Amérique, on se sert beaucoup du salicylate de mercure en suspension à 10 p. 100 dans un liquide huileux, souvent l'albolène. Quelques médecins font encore des injections sous-cutanées, mais ils deviennent de plus en plus rares, depuis que le siège intra-musculaire a été universellement accepté. Chaque injection doit être précédée des précautions antiseptiques ou aseptiques de rigueur. Il faut s'assurer, avant de faire l'injection, que l'aiguille n'est pas engagée dans une veine, dans ce cas il faut la retirer ou l'enfoncer dans un autre point. Mais il est bien rare que cet accident se présente.

La dose et les intervalles entre les injections varient suivant chaque cas, et il faut surveiller avec le plus grand soin tout ce qui peut entraîner des manifestations toxiques. On ne doit jamais observer la salivation. Cependant les doses de mercure doivent être suffisantes et portées jusqu'à la limite de la tolérance individuelle. L'auteur préconise une injection à dose progressive de VIII à XV gouttes du mélange de salicylate de mercure à 10 p. 100, une fois par semaine pendant trois mois. Les symptômes actifs disparaissent habituellement en six semaines à deux mois. Suit une période de repos pendant laquelle le malade est soumis à un traitement tonique. Les injections sont ensuites reprises pendant une période de trois mois, suivie d'une égale période de repos, puis reprise. Après la première année, un traitement de trois mois est recommencé à la moindre récidive. On doit particulièrement surveiller l'hygiène générale et l'état de la bouche.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les injections recommandées dans la blennorrhagie aiguë de l'homme, représentent-elles une médication rationnelle? par CANON (*Deutsche med. Wochenschrift*, 31 mai 1906). — L'auteur estime qu'en irritant la muqueuse urétrale, on favorise le passage, aujourd'hui démontré, des gonocoques dans le sang : en outre, les injections poussent l'infection vers l'urètre postérieur, et les dangers d'une infection surajoutée par emploi d'une seringue et de liquide non aseptisés ne sont pas à négliger. L'auteur estime que nombre de gonorrhées chroniques sont dues à l'influence de ces microbes introduits dans l'urètre.

L'utilité des injections est d'un autre côté assez peu marquée : elles ne détruisent que les gonocoques superficiels destinés à l'élimination au dehors au moment de la miction. En revanche, le blennorrhagique qui suit des prescriptions hygiéniques et diététiques minutieusement formulées, qui ingérera en grande quantités des liquides diurétiques, guérira aussi vite et mieux qu'avec l'emploi des injections.

E. VOGT.

Pathogénie et traitement de l'épididymite blennorrhagique, par LE FUR (*Progrès médical*, 6 janv. 1906). — La propagation de l'infection blennorrhagique à l'épididyme peut se faire : 1° par la voie urétrale (cathétérisme, l'injection, etc.); 2° par la voie artérielle (théorie de l'infection générale); 3° par la voie veineuse (par phlébite des veines du cordon).

La voie artérielle et la voie veineuse sont exceptionnellement observées : il s'agit généralement d'une propagation urétrale par continuité des tissus; lorqu'une épididymite blennorrhagique se déclare, l'urètre postérieur et la prostate sont toujours envahis par l'infection gonococcique. L'infection se propage par la muqueuse des canaux éjaculateurs, de la vésicule séminale et du canal déférent, les éjaculations sont purulentes et sanglantes. Telle est la pathogénie de l'épididymite qui s'installe insidieusement au déclin d'une blennorrhagie.

Lorsqu'il s'agit d'épididymite suraiguë s'établissant à grand fracas, avec de la fièvre (40°), des symptômes généraux graves, des phénomènes de péritonisme, il faut plutôt admettre une propagation par les lymphatiques, car on observe alors bien plutôt des lésions des tuniques externes des conduits que de la muqueuse de

ces conduits; les vésicules et le cordon sont très gros et très douloureux, entourés d'une zone œdématiée, il y a de la périvésiculite et de la péridéférentite qui aboutissent quelquefois à la suppuration; l'épididyme forme une masse énorme avec le testicule et cette masse est masquée par de la vaginalite concomitante. L'infection se propage dans ces cas par les lymphatiques de la gaine conjonctive du canal déférent, et cette propagation de la muqueuse aux lymphatiques doit se produire bien souvent par obstruction des voies spermatiques et rupture microscopique de la muqueuse, l'obstruction se faisant par des bouchons muco-purulents. Cette théorie explique l'orchite par effort, le traumatisme détermine une rupture de la muqueuse, et la solution de continuité ainsi créée ouvre les lymphatiques à l'infection.

D'où la nécessité d'un traitement préventif de l'épididymite : ce traitement consistera à assurer la perméabilité des voies spermatiques par l'expression méthodique de la portion pelvienne du canal déférent et des vésicules. Ce massage devra être doux et jamais brutal. L'évacuation peut être favorisée par les lavements chauds, suivis de suppositoires, il est même bon de faire précéder le massage d'un lavement chaud. Ce massage est indiqué lorsque au cours d'une blennorrhagie on sent la vésicule augmenter de volume. Il faut s'abstenir de toute exploration, dilatation, instillation, tant qu'il y a du gonocoque dans la goutte urétrale, que les urines sont troubles dans le premier verre, que la prostate et les vésicules sont douloureuses à la pression.

Lorsque l'épididymite est déclarée, on ne doit pas cesser les lavages : les douleurs sont calmées par le repos au lit, les compresses chaudes laudanisées entourant le testicule et le cordon, les lavements chauds, les suppositoires, la morphine, les courants continus appliqués sur la glande. Lorsqu'il y a un œdème inflammatoire énorme et des phénomènes de péritonisme, il y a avantage à inciser le point le plus tendre au niveau de l'épididyme ou du cordon. Dans les cas aigus on fera un massage doux de la prostate et des vésicules, après avoir donné un lavement chaud. Dès que l'infection gonococcique aura disparu, on pratiquera la haute dilatation de l'urètre avec la dilatation de Kolmann-Francha, jointe aux instillations. Quelquefois l'urètre semble guéri et la vésicule reste infectée provoquant des épididymites à répétition : on doit alors conseiller le coït avec protecteur pour balayer les vésicules, le sperme contenant encore des gonocoques; il faut continuer aussi pendant très longtemps le massage des vésicules et les lavements chauds.

L'auteur croit que l'épididymite n'entraîne pas toujours l'oblitération définitive des voies spermatiques et que les cas de stérilité par orchi-épididymite double sont relativement rares.

M. DESCHAMPS.

Miction nocturne involontaire due à l'hyperacidité urinaire, par les Drs CARRIÈRE et G. CAUDRON (*La clinique infantile*, 1er juin 1906). — De plusieurs observations citées par ces auteurs, il résulte que la miction involontaire nocturne, chez les enfants, peut reconnaître comme cause une exagération de l'acidité de l'urine. Cette hyperacidité peut être combattue par les alcalins sous forme de bicarbonate ou de phosphate de soude. Il faudra éviter le sevrage des boissons au repas du soir, car l'urine serait moins abondante et plus acide, ce qui produirait plus facilement l'excitation de la vessie.

On activera les fonctions d'élimination de la peau au moyen de frictions sèches ou alcooliques, de massages ou par les pratiques hydrothérapiques. Le traitement sera continué suffisamment longtemps afin d'éviter les récidives. Il est difficile d'indiquer à quel moment on doit cesser les alcalins; cependant, il est nécessaire d'en donner des doses assez élevées pendant au moins deux mois et l'on diminuera peu à peu les doses seulement lorsque le taux de l'acidité urinaire sera tombé à moins de deux grammes par vingt-quatre heures. La durée du traitement sera en général de cinq à six mois. Les doses de bicarbonate de soude ont varié de 1 gramme à 2 gr. 50 pour les enfants de quatre à six ans; le médicament doit être pris surtout au moment du coucher.

L. JUMON.

Traitement des cystites, par HOWARD A. KELLY (*Merck's Archives*, mai 1906). — Deux faits importants influent sur le traitement des cystites. La maladie est parfois simplement superficielle, alors que dans d'autres elle s'étend jusque dans la muqueuse. En second lieu, elle est rarement généralisée à tout l'organe. L'auteur admet les formes cliniques suivantes : catarrhale, desquamative, ulcéreuse, granuleuse, papillaire, œdémateuse. Relativement à la durée, la division en cystite aiguë et chronique est très importante.

Trois facteurs importants interviennent dans le traitement de la cystite : une observation minutieuse du cas comprenant une description des lésions constatées dans la vessie. Un plan

de traitement défini contre la maladie, une patience inlassable.

La prophylaxie pourrait réduire le nombre des cas de cystite. Elle se résume dans les points suivants : cathéter stérilisé, nettoyage des organes génitaux externes et du méat urinaire avant d'introduire la sonde dont on ne doit pas toucher l'extrémité introduite. Il ne faut pas laisser la vessie se distendre outre mesure. S'il y a stagnation de l'urine, il faut faire un lavage boriqué de la vessie après chaque cathétérisme. Après un cathétérisme et lorsqu'on craint une cystite, on donnera 0,30 à 0,60 d'urotropine pendant quelques jours. Il faudra ensuite chercher à supprimer les causes de cystite qui peuvent exister, comme un calcul. Chez les femmes il faut examiner les organes pelviens, en raison de la fréquence de la compression de la vessie par les tumeurs.

Dans les cas rebelles il faut se rappeler que l'origine de la réinfection peut se trouver dans le bassinet ou le rein, ce qui arrive très souvent pour l'infection tuberculeuse.

En ce qui concerne le traitement, le repos au lit peut avoir une très grande importance : L'ingestion de grandes quantités d'eau simple constitue un bon traitement de la pyélite. Dans les cas les plus récents on donnera 0,30 à 0,60 d'urotropine. Si l'urine est trop acide, on donnera du citrate de potasse. La cantharidine a été employée avec avantage par Frendenberg à raison d'un milligramme dissous dans 100 grammes d'eau dont on donne une cuillerée à thé trois ou quatre fois par jour. L'extrait fluide de stigmate de maïs améliore les symptômes. Les irrigations constituent peut-être le moyen de traitement le plus important. Le nitrate d'argent de 1 p. 1500 à 1 p. 500 et le sublimé à 1 p. 1000 sont les meilleurs agents à opposer à la cystite sous forme de lavage.

Dans les cas chroniques la cystite est souvent très limitée, il faut donc la combattre par des topiques directement portés sur la lésion, en se servant du cystoscope. On emploiera alors le nitrate d'agent en solution plus concentrées de 10 à 5 p. 100, ou même plus. Une solution à 1 ou 2 p. 100 convient pour l'inflammation du trigone.

L. JUMON.

L'albuminurie prostatique, par BALLENGER (*New York med. Journ.*, 24 février 1906). — Les sécrétions prostatiques dans les cas de prostatite chronique s'écoulent très souvent en assez grande quantité dans la vessie : ces secrétions sont albumineuses, les urines de ces malades donneront donc la réaction de l'albumine. Il faut toujours penser à cette cause d'erreur lorsqu'on est tenté de faire le diagnostic d'albuminurie orthostatique, car le liquide sécrété par la prostate est plus abondant dans la station debout et dans la deuxième moitié de la journée ; comme l'albuminurie orthostatique, l'écoulement prostatique est souvent intermittent ; il faut ajouter que, dans les deux cas, l'état général est peu atteint et on ne trouve pas de cylindres, si ce n'est quelques rares cylindres hyalins.

Il faudra donc toujours examiner la prostate lorsqu'on se trouvera en présence d'une albuminurie de cette sorte : l'albuminurie orthostatique étant d'ailleurs plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

M. DESCHAMPS.

Résultats du lavage des bassinets, par M. JOHNSON (*Internat. Therapeut.*, avril 1906). — La méthode du lavage des reins par l'irrigation du bassinet faite au moyen d'une sonde introduite dans l'uretère, a été d'abord préconisée par W. Ayres de New-York. Elle a été appliquée à plusieurs lésions rénales avec plus ou moins de succès suivant la nature des lésions. Dans la néphrite catarrhale ou parenchymateuse le lavage des bassinets constituerait un moyen adjuvant aux autres médications et permettrait un retour plus rapide à l'état normal.

L'irrigation des bassinets semble plus logique dans les pyélites, d'autant plus que les lésions sont souvent ascendantes. Le lavage empêcherait la propagation des lésions aux reins tout en atteignant directement celles qui sont limitées au bassinet. Après les lavages, même après un seul, il est survenu des modifications rapides très marquées du côté de la guérison.

Dans les cas de pyonéphrose, les lavages ont fait disparaître complètement la purulence. Il est à noter que dans les cas observés chez les femmes, on a parfois constaté l'existence d'un ou plusieurs rétrécissements de l'uretère. Le rétrécissement se dilate par l'emploi de très fines bougies, et la complication du côté des reins répond alors à un lavage approprié. En retirant le cathéter, l'auteur continue l'injection de façon à agir sur les parois de l'uretère. Les résultats ont été également encourageants dans la gravelle urique et oxalurique.

Voici les conclusions de l'auteur :

Le lavage des bassinets par des médications appropriées donne des résultats thérapeutiques durables dans les cas de néphrite parenchymateuse chronique. Dans la pyélite, il prévient l'envahissement du rein et rétablit la région dans son état normal ; le lavage donne de bons résultats également dans la pyélo-néphrite. La pyonéphrose guérit généralement par la méthode lorsqu'il n'y a pas de calculs enclavés.

Lorsqu'il existe des lésions inflammatoires dans les uretères, il est possible de vaincre les rétrécissements avec des bougies et de supprimer ainsi la cause des lésions. On peut espérer que la méthode se perfectionnera surtout par le choix de topiques pouvant modifier par leur action les lésions des uretères, des bassinets et même des reins.

L. JUMON.

Uretéro-néocystostomie avec un bouton de magnésium, par BALDASSARI (*Policlinico*, janvier 1906). — L'auteur a pratiqué avec succès dix uretéro-néocystostomies chez le chien en employant, pour faire l'anastomose, un bouton en magnésium résorbable, du modèle du bouton métallique que Boari avait déjà employé en 1897.

M. DESCHAMPS.

Calculs mobiles du rein et de l'uretère, par LEGUEU (*Bull de la Soc. de Chir.*, 27 mars 1906). — L'auteur a enlevé deux calculs du rein d'un malade qui souffrait de coliques néphrétiques depuis dix-huit ans : les signes cliniques étaient absolument nets et avaient permis facilement de faire le diagnostic. Ce qu'il y avait de particulier dans ce cas, c'est que dix radiographies faites en séries ne montrèrent jamais les calculs au même endroit : tantôt l'un était dans le rein et l'autre à l'extrémité inférieure de l'uretère; cette mobilité fit croire que le bassinet et l'uretère étaient dilatés, ce qui fut constaté à l'opération. Lorsqu'on suspendait le malade la tête en bas, on ramenait les deux calculs dans le rein; on fit la même manœuvre pour l'opération; le malade fut placé en position très inclinée, presque verticalement, et on secoua pendant un quart d'heure, puis on découvrit le rein et on mit une pince sur l'uretère, le malade fut alors mis en position horizontale et on enleva les deux calculs après avoir incisé le rein.

Cette mobilité des calculs montre que, dans les cas douteux, il faut faire la radiographie de l'uretère dans toute sa longueur.

M. DESCHAMPS.

Technique de la néphropexie, par ALBARRAN (*Presse Médicale*, 21 avril 1906). — Les indications à observer sont : 1° d'explorer l'uretère, pour se rendre compte si les troubles accusés sont dus uniquement au rein mobile, et s'il n'existe pas quelque dilatation du bassinet ou quelque coudure de l'uretère ; 2° de placer le rein en bonne position, il ne faut cacher sous les côtes que la portion du rein qui peut y tenir verticalement, autrement on risque de voir le foie faire basculer le pôle supérieur en avant et mettre le rein en antéversion forcée ; 3° de bien fixer l'organe pour éviter les déplacements secondaires, en ayant soin de repousser la capsule graisseuse et ne laisser aucune parcelle de graisse entre le rein et la paroi, ni en avant ni en arrière, on doit voir la face profonde du carré des lombes entièrement dépouillé e de graisse ; 3° d'altérer le moins possible le parenchyme rénal, pour éviter la sclérose qui se produit sur le trajet des fils.

Le malade est couché sur le côté sain, avec un coussin sur le flanc ; l'incision va de la dernière côte, un peu en dehors de la masse sacro-lombaire, jusqu'à un travers de doigt du point culminant de la crête iliaque. Le rein est décortiqué et la capsule graisseuse refoulée complètement en bas ; puis on dépouille la glande de sa capsule propre : ce dépouillement est annoncé par une petite incision du bord convexe, incision que l'on complète tout le long du bord jusqu'au hile, en insinuant la sonde cannelée sous la capsule incisée sur elle. La capsule incisée jusqu'au hile est décollée complètement et divisée en quatre lambeaux par une incision suivant l'équateur du rein : un léger suintement du parenchyme dénudé est arrêté facilement par le tamponnement. Chacun de ces quatre lambeaux est lié à la base avec du catgut n° 2 : les deux chefs des lambeaux supérieurs sont noués autour de la douzième côte, et ceux des lambeaux inférieurs sont noués après avoir été passés en avant à travers la paroi musculaire à 1 centimètre du bord de la plaie, en arrière à travers le carré des lombes. On met un drain au-dessous de l'extrémité inférieure du rein, car le suintement sanguin est assez notable. Suture des muscles à points séparés au catgut n° 2, en ayant soin de bien affronter les deux lèvres aponévrotiques.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

Le calomel dans le traitement de l'éclampsie, par REYNOLDS WILSON (*The Therapeut. Gazette*, 15 mai 1906). — L'action cathartique a joué un rôle important dans le traitement de l'éclampsie, parce qu'elle favorise l'élimination et stimule la fonction du foie. A ce point de vue il est surprenant qu'on n'ait pas eu plus souvent recours au calomel.

Le calomel doit être administré à hautes doses, soit dans le stade prééclamptique, soit dans la période de convulsions. Dans le premier cas les accidents peuvent être si menaçants qu'on a souvent peu de temps pour intervenir. Une dose initiale de 60 centigrammes suivie d'une dose semblable au bout de quatre à six heures est souvent indiquée.

On peut se guider d'après les effets produits sur l'augmentation de la sécrétion urinaire et la diminution de la densité. Peu importe que la dose administrée soit suivie de diarrhée, c'est là un fait d'importance plus ou moins secondaire. Dans le stade convulsif il est indiqué de donner une dose initiale de 1 gr. 20, suivie de la moitié de cette dose entre les convulsions, suivant que la malade peut avaler plus ou moins facilement. Si la malade est dans la somnolence, ou si les convulsions se suivent rapidement, il sera nécessaire d'administrer de suite la dose maxima de 1 gr. 50. Dans les cas où une lésion rénale existe déjà, il est préférable de donner de petites doses assez fréquentes, par exemple 12 centigrammes toutes les six heures, pour répondre à l'objection théorique que l'épithélium en voie de dégénérescence ne se retrouve pas dans les conditions pour répondre à l'excitation. Henck objecte à l'emploi du calomel que dans les états aigus, l'expulsion de l'urine peut être empêchée par suite des débris de desquamation qui encombrent les tubuli. Au point de vue pratique, ce ne serait pas une objection valable, mais on peut expliquer ainsi le retard dans l'effet diurétique du calomel que l'on observe dans quelques cas.

Dans les cas qui ne présentent pas dans les antécédents d'affection rénale, la morphine est le médicament par excellence pour arrêter les convulsions. L'usage du calomel prévient heureusement certains effets fâcheux de la morphine en ce qui regarde la sécrétion urinaire. Inversement l'usage de la morphine, surtout combinée à l'ectopie, combat les effets désavantageux du calomel, tels que la salivation et la diarrhée excessive.

L. JUMON.

Décapsulation rénale et néphrotomie dans un cas d'éclampsie, par CHAMBRELENT et POUSSON (*Académie de médecine*, 3 avril 1906). — Il s'agit d'une primipare qui présenta des accidents éclamptiques dès le début du travail, accidents qui continuèrent après l'accouchement et aboutirent au coma avec anurie complète.

On pratiqua alors le décapsulation des deux reins et la néphrotomie droite ; la sécrétion urinaire se rétablit aussitôt, le coma disparut progressivement et la malade guérit. On constata au cours de l'opération que les deux reins présentaient des lésions de néphrite.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie,

Dr THIERCELIN,

Chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Régime diététique des nourrissons dans la gastro-entérite, par RAOUL MASSON (*J. de méd. et de chir. de Montréal*, 12 mai 1906). — Après avoir rappelé le traitement de symptômes du début de la gastro-entérite par la diète hydrique et la manière de la conduire, l'auteur insiste sur la nécessité, dans beaucoup de cas, de donner un régime féculent avant de reprendre le lait. L'emploi des féculents est en effet une précieuse ressource dans certains cas où le lait n'est plus toléré et doit être supprimé pour une raison ou pour une autre.

On a d'abord donné des décoctions d'orge et de riz, mais outre que le goût fade répugnait aux nourrissons, la baisse de poids constante ne permettait pas de continuer la diète assez longtemps. Puis on s'est servi avec avantage de la formule de Terrier, modifiée par Méry :

Pommes de terre.....	65	grammes.
Carottes.....	63	—
Navets.....	25	—
Pois secs ou haricots secs..	25	—

Mettre le tout dans trois litres d'eau et faire bouillir pendant quatre heures, ajouter alors une cuillerée à thé de sel fin, passer dans un tamis fin.

On obtient ainsi un litre à peu près d'un bouillon brunâtre clair, qui se partage en deux parties au repos, une partie supérieure qui est de l'eau salée et une partie inférieure qui est composée des grains d'amidon cuits que leur poids a entraînés.

On en donne une quantité correspondant à la quantité de lait qu'on donne d'habitude à l'enfant.

Si le bouillon a été passé dans un tamis assez fin, on pourra le donner au biberon sans inconvénient. Dès le second jour, l'auteur ajoute volontiers à chaque biberon, au moment de la tétée, une cuillerée à thé de farine de riz ou de fine fleur de froment préalablement délayée dans deux cuillerées à thé d'eau bouillie froide ; si la farine était délayée dans l'eau chaude, il se formerait une agglutination et la présence de grumeaux en rendrait l'usage impossible. La farine délayée est versée dans la

quantité de bouillon d'un biberon, tiédi au bain-marie.

Ce régime est habituellement continué pendant quatre à cinq jours, mais il peut être continué sans inconvénient pendant dix et même quinze jours. Les résultats sont excellents et au lieu de perdre du poids, les petits malades augmentent souvent de 100 grammes par jour.

Les seuls incidents à redouter sont les œdèmes que présentent certains rachitiques ou atrophiques, mais on peut remédier à cet inconvénient en remplaçant le sel par le sucre, ou en reprenant le régime lacté si l'état du malade le permet.

L. Jumon.

Traitement de la constipation habituelle des enfants, par L. Concetti (*Rivista critica di Clinica pediatica*, n° 3, 1906). — Il y a nombre d'enfants qui se portent très bien, mais qui souffrent d'une constipation opiniâtre, qui est d'ordinaire traitée par les purgatifs et les lavements. Cette pratique augmente, après quelque temps, la paresse intestinale, paralyse les lésions catarrhales de la muqueuse tandis que l'état général de l'enfant souffre par la résorption des produits toxiques des fèces.

Le médecin doit rechercher et combattre les causes de cette affection.

Il y a une constipation alimentaire. — Souvent des enfants nourris au sein sont constipés, oliguriques, et augmentent très peu de poids. Il faut alors les peser avant et après une tétée de quinze à vingt minutes : si l'enfant ne prend pas assez de lait, changer la nourrice ou recourir à l'allaitement mixte (30-50 centilitres de lait de vache ou de chèvre à chaque tétée). D'autres fois le nourrisson urine abondamment : vérifier alors la composition du lait de la nourrice et améliorer l'hygiène et le régime de celle-ci.

Si la constipation survient chez des enfants soumis à l'alimentation artificielle, éviter de diluer trop le lait de vache et de diminuer ainsi excessivement la proportion du lactose et des graisses.

La constipation est d'autres fois en rapport, chez le nourrisson, avec des vomissements dépendant quelquefois de l'habitude de le secouer après chaque tétée : le faire placer dans son lit en position latérale, limiter la quantité de lait.

Si celui-ci est trop riche en caséine et en graisses, essayer de le rendre moins concentré. On peut même recourir au citrate de soude qui réussit très bien contre les vomissements : une ou deux cuillerées à café d'une solution à 5/300 avant chaque prise de lait. Il faut encore considérer la possibilité d'une sténose pylorique soit organique, soit fonctionnelle. Celle-ci dépend d'une alimentation irrationnelle comme qualité et comme quantité du lait. On peut la vaincre avec des lavages gastriques, par les alcalins ; ne pas recourir tout de suite à des opérations ; se rappeler que les sténoses fonctionnelles sont accompagnées parfois de constipation opiniâtre jusqu'à produire l'athrepsie.

Les enfants déjà grands sont quelquefois constipés à cause d'une alimentation riche en lait, œufs, viande : la rendre de préférence végétale. Purées de légumes, d'épinards, de pommes de terre ; macaroni, pâtes au beurre, farine d'avoine, fruits cuits, raisin, dattes...

Constipation fonctionnelle. — On a dans ces cas affaire à une diminution de l'activité des tuniques musculaires de l'intestin et du système nerveux, qui peuvent se rattacher à bien des causes (inflammations aiguës et chroniques de la muqueuse intestinale et du péritoine ; infections générales ; rachitisme avec parésie des muscles de l'abdomen ; abus des médicaments). Exciter alors l'activité des tuniques musculaires sans trop les fatiguer avec des aliments indigestes ; augmenter l'activité des sécrétions gastro-intestinales avec les enzymes digestives (pepsine, pancréatine, ptyaline). Conseiller aussi les légumes, les herbes cuits, les fruits ; le miel, le beurre, le pain complet. Le massage le matin à jeun, associé aux autres traitements physiques (compresses humides, électricité) donne d'excellents résultats. Entre les médicaments, donner la préférence à la rhubarbe, à la noix vomique, au séné. Une bonne formule est la suivante :

Teinture hydro-alc. de rhubarbe	100 grammes.
Glycérine pure.....	20 —
Teinture alcool. de noix vomique.....	XXIV gouttes.

Une cuillerée à café, à dessert, à soupe, suivant l'âge, de une à trois fois par jour avant les repas.

On peut aussi faire macérer la nuit 8-10 feuilles de séné en 15-20 grammes d'eau, qu'on prend le matin avec du lait.

On peut même prescrire une petite cuillerée de magnésie, de l'huile d'amande ou d'olive. La cascara sagrada donne aussi de bons résultats (II-X gouttes de teinture, ou d'extrait glycériné une à trois fois par jour).

En cas de fèces décolorées, dures, fétides (diminution de la bile), instituer le même régime alimentaire, pratiquer le massage superficiel du foie, donner de petites doses de sel de Carlsbad et de calomel (2-5 centigrammes matin et soir pendant deux à trois jours, ensuite 1-2 centigrammes pendant dix à quinze jours).

La constipation d'origine cérébrale demande une alimentation riche en déchets peu digestibles, en féculents, en graisses. Éviter toujours les excitants et avoir recours au massage, aux bains chauds, aux bromures, à la belladone, si c'est nécessaire... habituer les enfants à aller régulièrement tous les jours à la même heure à la selle.

Constipation anatomique. — Elle dépend de malformations congénitales qui peuvent se trouver en toutes les portions de l'intestin : elles sont parfois justiciables d'une opération. Cette constipation peut même être en rapport avec des fissures anales. Presque toujours on a néanmoins affaire avec une excessive longueur du côlon, et plus particulièrement du sigma coli, favorisée par les fréquents catarrhes intestinaux et par l'étroitesse du bassin. Les nombreux replis de sigma sont autant d'obstacles à la progression des matières fécales : La guérison physiologique est possible si par la croissance de l'enfant on a une ampliation de la cavité abdominale et une modification des rapports entre les différents segments de l'intestin.

Il existe une autre maladie à présent bien connue : le mésocôlon congénital ou maladie d'Hirschsprung dont la thérapeutique est exclusivement chirurgicale.

Mais il faut encore considérer les indications d'urgence et songer que l'enfant doit avoir une selle journalière. On aura alors recours aux clystères de 15-25 grammes d'eau et glycérine, ou même aux entéroclysmes d'un litre d'eau, avec un demi-verre de glycérine; abandonner les canules rigides et employer un catéther de Nélaton; suspendre le bock à un mètre de hauteur et mettre l'enfant en décubitus latéral droit. Au lieu de la glycérine on peut mettre du savon, ou une décoction de camomille avec 2-3 cuillerées de vinaigre.

D'autres fois, on conseillera les suppositoires à la glycérine, mais ils ne doivent pas être continués, ainsi que les lavements, trop longtemps. Si les dernières portions de l'intestin sont remplies de scybales très dures, on aura de bons résultats avec un clystère de 150-300 grammes d'huile d'olive suivi deux heures après par un lavement d'un demi-litre d'eau tiède. Quelquefois on est même obligé de procéder à la fragmentation des scybales et à leur extraction mécanique.

Tous ces moyens doivent être considérés comme adjuvants. Le traitement de la constipation habituelle peut être en partie médicamenteux : il est essentiellement diététique.

AL. PERCIVAL.

Le bain chaud dans les maladies bronchopulmonaires aiguës des nourrissons (*Annali di Elettricita medica e Terapia fisica*, n° 3, 1906). — G. FINIZIO en est partisan : il a eu de très bons résultats. La température du bain doit être de 37°,39° C. — d'un à deux degrés inférieure à la température du petit malade. Selon sa tolérance, il doit durer de cinq à quinze minutes ; si l'enfant est faible, il est bon de lui donner auparavant des excitants et d'ajouter dans l'eau 50 grammes de moutarde. Après le bain, on l'enveloppe pendant une demi-heure dans une couverture de laine réchauffée.

Trente-deux enfants ont été ainsi traités : 4 pneumonies lobaires, 10 bronchites plus ou moins diffuses et 18 bronchopneumonies. 2 seulement, morts par bronchopneumonie consécutive à une rougeole et à une diphtérie.

L'action du bain chaud est complexe; on ne doit même pas oublier l'abondante inspiration de vapeurs chaudes, qui favorise l'expectoration. Il produit une intense révulsion cutanée par la dilatation des capillaires.

Il facilite, par la sudation profuse, l'élimination des produits toxiques.

A.-L. PERCIVAL.

Sur les convulsions dans la coqueluche, par STOELTZNER (*Munch. med. Woch.*, 22 mai 1906, *Soc. de med. de Halle*). — Les convulsions qui surviennent au cours de la coqueluche font périr près d'un tiers des malades. Le plus souvent cette complication sévit chez les enfants de deux ans et au-dessous. Au plus fort de la quinte survient un arrêt spasmodique de la respiration auquel succède une attaque épileptiforme avec perte de connaissance. La mort peut survenir dans le premier accès ou bien les attaques se renouvellent et l'enfant succombe dans l'état éclamptique; ou bien encore, la mort est précédée d'un état somnolent qui peut durer jusqu'à trois semaines et qui s'accompagne de strabisme, de raideur de la nuque et de contracture des fléchisseurs. A l'autopsie c'est tout au plus si l'on trouve un peu d'œdème des méninges et de l'hypérémie de l'encéphale. Les importantes recherches de Finkelstein ont montré qu'il s'agit dans ces cas d'une tétanie compliquant la coqueluche.

La tétanie est une des maladies les plus importantes de la première enfance, atteignant les enfants depuis l'âge de quatre mois jusqu'à deux ou trois ans; les enfants sont en même temps rachitiques presque sans exception.

La cause de la tétanie réside dans des troubles chroniques graves de la nutrition et dans l'alimentation exagérée par le lait de vache. Les accidents disparaissent très rapidement dès

qu'on cesse complètemeut le lait. Les enfants allaités au sein ont à peu près l'immunité complète.

Les maladies infectieuses aiguës aggravent en général dangereusement la tétanie.

Dans tous les cas, il importe d'agir énergiquement au point de vue thérapeutique ; on mettra les enfants au thé léger pendant vingt-quatre heures et on donnera ensuite exclusivement un régime féculent pendant huit jours, sans ajouter une goutte de lait. Un médicament d'une très grande valeur est encore l'huile de foie de morue phosphorée, son action favorable se manifeste en général dès le commencement de la deuxième semaine.

L. JUMON.

Signification du cytodiagnostic et valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse des enfants, par O. COZZOLINO (*Revista critica di Clinica pediatrica*, n° 2, 1906). — Ce travail s'occupe particulièrement du diagnostic : nous retenons seulement les conclusions thérapeutiques suivantes :

La ponction lombaire, comme l'ont déjà démontré Marfan et Concetti, n'apporte que très rarement une légère et fugace amélioration des symptômes morbides.

La valeur est seulement, dans la méningite tuberculeuse, diagnostique. On peut y recourir sans crainte puisqu'elle est dépourvue ordinairement de tout danger.

A.-L. PERCIVAL.

Sur l'emploi de l'eau de mer par voie hypodermique dans la thérapeutique infantile, par A. JOVANE (*La Pediatria*, n° 1). — Les remarquables résultats obtenus par Quinton (de Paris) et par Pagano (de Palerme) dans le traitement des adénopathies d'origine scrofuleuse ont poussé l'auteur à essayer les injections d'eau de mer dans le rachitisme, dans les adénites, en général, et dans les états lymphatico-scrofuleux.

Le plus grand nombre des malades ainsi traités a été néanmoins des rachitiques.

L'eau était prise très loin de la plage, stérilisée à 98° pendant quinze à vingt minutes; elle n'était pas ramenée à l'isotomie organique pour éviter l'injection de grandes doses de liquide.

Dans une série de malades, J. a injecté tous les jours de petites doses d'eau marine : de 1 à 15 centimètres cubes. Dans les autres, l'eau était additionnée d'une petite quantité d'iode, l'injection était toujours de 1 à 15 centimètres cubes. Chez quelques malades enfin, il a employé des doses plus fortes, 10-60 centimètres cubes tous les quatre à sept jours. Les résultats ont été assez bons dans tous les 15 cas ainsi traités (augmentation de l'appétit, du poids du corps, de l'hémoglobine et des hématies). Aux rachitiques il fut aussi possible, après un à deux mois de traitement, de se tenir debout et de marcher assez librement.

A.-L. PERCIVAL.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

Comment agissent l'iode et les iodiques, par MARTINET (*La Presse médicale*, 2 juin 1906). — L'auteur admet la proposition du Pr Pouchet, qui veut que l'iode agisse par stimulation du tissu lymphoïde, par action spéciale sur la nutrition, enfin par action accessoire sur le cœur, la circulation et la respiration. Cette proposition est l'inverse de la proposition classique, qui faisait de l'action circulatoire l'action primaire.

L'hyperactivité lymphoïde provoquée par l'iode est depuis longtemps mise à contribution (lymphatisme, scrofule, etc.) : aujourd'hui, on sait qu'elle se manifeste par une hyperleucocytose mononucléaire persistant, la différenciant nettement des réactions polynucléaires déterminées, par exemple par le sérum ou l'acide nucléinique.

L'iode active en outre la genèse des macrophages intervenant à la période tardive des infections pour débarrasser l'organisme des déchets cellulaires, microbiens, toxiniques : c'est vraiment un dépurateur du sang.

L'administration de l'iode servira donc pour le mieux les intérêts de l'organisme lorsqu'il aura à pourvoir aux frais d'une immunisation durable.

L'effet stimulant sur la désassimilation, depuis longtemps connu, est aujourd'hui interprété de la façon suivante : l'iode libre est capable de décomposer l'eau dans l'organisme, de dégager de l'oxygène à l'état naissant : en outre il forme avec les albuminoïdes des composés assez instables dont les dégradations s'obtiennent plus facilemet qu'avec les albuminoïdes non iodés.

L'action accessoire sur le cœur et la circulation, s'explique par la disparition d'œdèmes augmentés en premier lieu par l'action de l'iode et pas l'oxydation et la destruction des toxines vaso-constrictives autogènes et hétérogènes, et l'oxydation plus complète et plus facile des albuminoïdes. E. VOGT.

Sur l'action du digalène, par G. MARINI (*Rivista critica et Clinica medica*, nos 6, 7, 8, 9, 1906). — Le *digalène* ou digitoxine soluble préparée par Cloetta avec des feuilles de digitale, est une substance très soluble, douée de la même action que la digitale, dépourvue de tout effet irritant ou cumulatif, qui agit très rapidement. Il a pourtant des avantages notables sur les préparations de digitale : rapidité d'action ; dosage exact du médicament ; possibilité de l'employer en injections et de le substituer à la digitale chaque fois qu'elle n'est pas supportée.

L'auteur a étudié l'action du digalène sur un certain nombre de malades (vingt) dont il rapporte les cas cliniques et tous les tracés du pouls, etc.

Les effets caractéristiques que le digalène a sur la circulation sont l'augmentation du pouls et la diminution de la pression artérielle périphérique : ces phénomènes sont en rapport avec une diminution de la tension vasculaire.

Le digalène diminuant la tension des vaisseaux du rein, provoque une diurèse très abondante.

Le digalène, est préférable à la digitale parce qu'il régularise très rapidement la fonction cardiaque, n'a pas d'action cumulative et très rarement, même prescrit longtemps, produit des phénomènes de stimulation.

Il est très utile dans les lésions chroniques de l'endocarde et du myocarde ; mais il réussit aussi très bien dans les troubles nerveux du cœur et dans les maladies infectieuses qui durent longtemps.

On observe bien plus rarement qu'avec les préparations de digitale des phénomènes d'intolérance (nausées, vomissements, arythmies) : il suffit alors de le suspendre pendant une journée, après quoi on peut le reprendre sans crainte. En injections sous-cutanées, il produit une réaction locale, très légère, qui dure peu.

Chaque fois qu'on a besoin d'une action prompte sur le muscle cardiaque ou sur la diurèse et aussi dans les cas où le digalène n'est pas supporté par l'estomac on aura recours aux injections sous-cutanées et, mieux encore, à celles intra-musculaires, qui sont mieux tolérées, même avec des doses fortes (0 mgr. 9), et rapidement résorbées. Seulement en cas de dilatation aiguë du cœur ou d'œdème pulmonaire, on pratiquera les injections intra-veineuses, qui peuvent alors sauver la vie du malade.

En cas de nécessité, l'auteur a administré jusqu'à 1 mgr. 8 de digalène par jour, en deux fois : cette dose ne doit pas être continuée au delà du deuxième jour : les quatre à cinq jours suivants on s'arrêtera à 1 mgr. 2 pour descendre à une dose journalière de 0 mgr. 3, si le traitement doit être prolongé.

On doit enfin suspendre le digalène chaque fois que les vomissements sont continus et qu'on observe une bradycardie très manifeste.

Le bigéminisme cardiaque ne doit pas faire suspendre le digalène de même qu'il ne fait pas interrompre le traitement par la digitale. On l'a observé facilement dans le traitement avec le digalène : il précède la régularisation des fonctions cardiaques et cède sans qu'il soit nécessaire de suspendre le médicament.

A.-L. PERCIVAL.

Résultats pratiques obtenus avec la saïodine, par ROSCHER (*Mediz. klinik*, n° 7, 1906). — La saïodine est le sel calcique de l'acide monoïodobéhénique : elle est insoluble dans l'eau, sans odeur ni saveur, et bien acceptée par les malades. On la prescrit à l'intérieur à la dose de 2 à 3 grammes (1 gramme à la fois) : l'assimilation se fait sans provoquer de troubles digestifs. Le coryza consécutif est peu marqué, ainsi que l'acné : six sujets qui présentaient de l'idiosyncrasie pour les iodures, restèrent indemnes d'accidents.

Sur 40 cas, il n'y eut qu'un insuccès : dans tous les autres (dont 39 syphilitiques) les effets habituels des préparations iodées se manifestèrent d'une façon intense et énergiques, sans inconvénient.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Hôpital Saint-Antoine. — Le Dr P. Le Noir, assisté des Drs Camus et Courcoux, a commencé, le lundi 14 mai à 10 heures, et le continue les jours suivants, un cours élémentaire sur les maladies de l'estomac. Ce cours sera complet en 12 leçons. Le vendredi conférence clinique.

Clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière. — Service de M. le professeur Ray-

mond. — Cours de vacances. — M. Henri Claude, agrégé, continuera, à partir du 1er août 1906, pendant la période des vacances, l'enseignement clinique, qui sera organisé de la façon suivante :

Lundi et samedi, à 9 heures et demie, visites dans les salles. — Mardi, mercredi et jeudi, de 9 heures à 11 heures, examen des malades externes. — Vendredi, à 10 heures, conférences cliniques.

Le Congrès de Lille. — Le seizième congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française doit se tenir à Lille, du 1er au 7 août 1906, sous la présidence de M. le professeur Grasset, de Montpellier.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES ET EXCURSIONS. — Rapports et discussions sur les questions choisies par le Congrès de Rennes.

a) *Psychiatrie.* — Étude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. Rapporteur : M. le docteur Dide, de Rennes.

b) *Neurologie.* — Le cerveau sénile. Rapporteur : M. le docteur A. Léri, de Paris.

c) *Médecine légale.* — La responsabilité des hystériques. — Rapporteur : M. le docteur R. Leroy, de Paris.

Communications originales sur des sujets de psychiatrie et de neurologie. Présentation de malades, de pièces anatomiques, de préparations microscopiques. Visite des asiles d'aliénés de : Bailleul, Armentières, Lommelet, Saint-Venant. Réceptions officielles et banquets. Visite de l'Exposition internationale de Tourcoing. Visite des principaux édifices et monuments de la Flandre française. Excursions sur les côtes de la Manche et de la mer du Nord (ports, plages, sanatoria). Voyage en Angleterre.

AVANTAGES ET CONDITIONS. — Une réduction sur le tarif des voyages sera demandée aux compagnies de chemin de fer.

Des démarches seront faites auprès des principaux hôteliers et restaurateurs en vue d'obtenir une réduction sur leurs prix habituels.

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents.

2° Des membres associés (sur la présentation d'un membre adhérent).

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès seront considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront : avant le Congrès, les trois rapports désignés ; après le Congrès, le compte rendu des séances.

Pour tout ce qui concerne les adhésions, cotisations, communications et renseignements, prière de s'adresser au Secrétaire général du Congrès, le docteur Chocreaux, médecin en chef de l'asile public d'aliénés, de Bailleul (Nord).

Union Fédérative des Médecins de Réserve et de l'Armée Territoriale. — Le Conseil d'administration de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve s'est réuni le 13 juin 1906 au Cercle Militaire. Après lecture du procès-verbal et de la correspondance, le Secrétaire général a communiqué les noms de dix nouveaux adhérents, ce qui porte à 366 le nombre actuel des Membres de l'Union. Le Trésorier, dans son rapport financier, a fait ressortir la situation prospère de la Société.

Le Conseil aborde ensuite la question des projets de loi pouvant intéresser l'organisation générale de la Médecine militaire : ces projets sont étudiés par une commission spéciale. Une autre commission poursuit l'organisation d'un Congrès de Médecins militaires.

Les exercices spéciaux du Service de Santé du Gouvernement militaire de Paris étant fixés, cette année, du 30 juillet au 3 août, la Société émet le vœu que la date annuelle de ces manœuvres soit fixée en dehors de l'époque habituelle des vacances, afin de permettre au plus grand nombre possible de médecins des réserves d'y assister.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Barthélemy, médecin de Saint-Lazare, et de M. Josias, médecin de l'hôpital Bretonneau.

BIBLIOGRAPHIE

Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis. Amplification de la thèse du Dr Léon Cerf, avec 33 figures inédites, par le professeur L.-H. FARABEUF, membre de l'Académie de médecine, 1 vol. gr. in-8°, avec 47 figures dans le texte (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 6 francs.

Dans cet important ouvrage, le professeur Farabeuf établit d'abord ce qui sépare les organes *périnéaux* des organes *pelviens*, c'est-à-dire l'entonnoir musculaire du releveur de l'anus, complété en dessous et en avant par le double plancher fibreux uro-génital. Les vaisseaux du périnée et ceux du bassin sont bien distincts; ils ont cependant des anastomoses, et l'on peut dire que toutes les anomalies ne sont que des dispositions normales amplifiées ou amoindries, et ajouter qu'à chaque fine communication artérielle correspondent une ou plusieurs grosses communications veineuses. Car les veines, ici comme ailleurs, sont établies sur le dessin des artères, et il n'y a pas de plexus inextricables.

M. Farabeuf montre dans les deux sexes la ressemblance absolue des artères vésicales et génito-vésicales. Il dessine sur un profil des organes : la petite vésicale antérieure montée de la honteuse, les vésicales du dôme descendues de l'ombilicale, la génito-vésicale, mère de la prostato-vésicale et de la vésiculo-déférentielle chez l'homme, de la vagino-vésicale et de la cervico-marginale chez la femme.

A propos du sexe féminin, une remarque importante est faite. Tandis que l'artère génito-vésicale (l'utérine) s'enracine par de courtes vrilles dans les bords du corps utérin, elle ne s'attache au col que par de longs rameaux flexueux disposés en deux séries, l'une antérieure, l'autre postérieure, de sorte que le col utérin peut, au moment de l'accouchement, se dilater en quelques heures, se déchirer même, de chaque côté, sans rupture d'un vaisseau notable. Cette disposition est commune aux veines et aux artères : deux dessins comparatifs d'utérus gravides de guenon et de femme montrent nettement qu'il y a de chaque côté du vagin et de l'utérus deux plans veineux bien distincts, ainsi que leurs deux collectrices idéalement simplifiées chez l'animal.

Les veines du dôme vésical ne remontent pas aux côtés de leurs artères vers le cordon de l'ex-artère ombilicale où il n'y a aucun tronc veineux pour les recevoir. Au contraire, les veinules de ce cordon, décrites peut-être pour la première fois, descendent se jeter, comme les veines du dôme, dans les vésicales inférieures.

Voilà donc des veines qui faussent compagnie aux artères homonymes. N'en est-il pas de même sur la verge ?

L'on ne parle, en effet, ordinairement, *in cauda*, que de la veine énorme sous-cutanée et de la médiane profonde. Cependant l'orateur a injecté deux veinules satellites de chaque artère dorsale du pénis et du clitoris.

Voici quelques autres conclusions de l'auteur :

Les bulbes de la femme sont, comme ceux de l'homme, des organes périnéaux et ne doivent pas être appelés bulbes du vagin.

Il existe un feuillet prévésical autonome, etc.

Un grand nombre de planches anatomiques, la plupart dessinées d'après nature par l'auteur lui-même, complètent heureusement cet ouvrage et ajoutent au texte une grande clarté.

L'hystérectomie, technique et indications, par le Dr J.-L. FAURE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris-6e. Un volume in-8° de 216 pages, avec 112 figures dans le texte : 5 francs.

La lutte antituberculeuse en France, par le Dr A. DEHAU et R. LEDOUX-LEBARD. 1 vol. de 270 p., 1906. Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant :* R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences. — Le Congrès annuel de l'Association française pour l'avancement des Sciences se tiendra à Lyon du 2 au 7 août prochain, sous la présidence de M. Lippmann, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne; le vice-président est le Dr Henrot, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, correspondant de l'Académie de médecine.

Il y aura trente-trois ans, jour pour jour, que s'ouvrait dans cette ville, après l'éclatante réunion de Bordeaux, le deuxième Congrès présidé par de Quatrefages. Un grand nombre des savants qui ont pris part à cette grande fête scientifique (les Congrès étaient plus rares à cette époque) ne sont plus : Balard, Baillon, Cl. Bernard, Broca, Cornu, Dumas, Friedel, Mangini, Ollier, Wurst, pour ne citer que les plus connus.

Les Sciences médicales furent, dans ces premières sessions, brillamment représentées et l'on se souviendra — ce qui offre un certain intérêt en les rapprochant des travaux récents de MM. Calmettes et Roux — que ce fut à ce Congrès que le Pr Chauveau, alors directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon, procéda à des expériences sur la transmissibilité de la tuberculose par les voies digestives et rendit témoin de ses premiers résultats les membres de la section médicale, présidée par Benedict Teissier.

Au Congrès d'août prochain les Sciences médicales (médecine, hygiène, électricité médicale, odontologie) seront aussi brillamment représentées. Les présidents de ces sections ont mis à l'ordre du jour un grand nombre de questions d'actualité dont les rapports seront mis en distribution avant l'ouverture de la session. M. le professeur Joseph Teissier, président de la section des Sciences médicales, s'est assuré le concours de la plupart de ses collègues de la Faculté de Lyon et d'un grand nombre de savants étrangers parmi lesquels nous pouvons citer comme ayant accepté l'invitation de la ville et du comité local, MM. Fouquet du Caire, Henrijean de Liège, Forel de Morges, Mariani de Pérouse, Maragliano de Gênes, Bourget de Lausanne, Kossel d'Heidelberg, Rubino de Naples, Lydtin de Baden, Roux de Lausanne, Aug. Reverdin de Genève, etc.

Voici la liste des questions proposées pour la discussion dans les sections et les noms des rapporteurs. Signalons également les questions mises à l'ordre du jour de la 18e section (enseignement et pédagogie), présidée par le Dr Bérillon.

1° Le problème des enfants anormaux, traitement et assistance;

2° Les enfants turbulents, procédés pédagogiques applicables à ces enfants;

3° L'éducation du caractère à l'école primaire et au lycée.

12e *Section* (Sciences médicales)

Président : Dr Teissier, professeur à la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, correspondant de l'Académie de médecine, 7, rue Boissac, Lyon.

Questions à l'ordre du jour :

1° La Syphilis. — Pathogénie expérimentale. — Rapporteur : M. le Dr Nicolas, chargé du cours de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Lyon.

Prophylaxie et réglementatton. Rapporteur : M. le Dr Manquat. agrégé au Val-de-Grâce, à Nice.

(Pour cette question, la section des sciences médicales se réunira à la section d'hygiène.)

2° Influence des rayons X sur le sang. Traitement des maladies hématopoiétiques. Rapporteurs : M. Belot, de Paris, et M. Barjon, médecin des hôpitaux de Lyon.

3° Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension et, accessoirement, traitement du diabète. Rapporteurs : M. le Pr Doumer, de Lille, et M. Chanoz, docteur ès sciences, chef des travaux de physique médicale à Lyon.

(Pour les questions 2 et 3, la section des sciences médicales se réunira à la section d'électricité médicale.)

4° Le phénomène de l'agglutination (valeur diagnostique et pronostique chez les tuberculeux). Rapporteurs : M. le Pr Ferré, de Bordeaux, et le Dr Paul Courmont, agrégé, médecin des hôpitaux, à Lyon.

5° Essais d'immunisation antituberculeuse. Rapporteurs : M. le Pr Rappin, de Nantes; et le Dr F. Arloing, de Lyon.

Conférence du Pr Maragliano, de Gênes.

6° Pathogénie des ankyloses et particulièrement des ankyloses vertébrales. Rapporteurs : M. le Pr Poncet et M. Leriche, de Lyon, Dr Léri, de Paris.

7° Tuberculose du gros intestin. Indications de l'intervention chirurgicale. Rapporteurs : Dr L. Bérard, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Lyon et le médecin-major Loison, agrégé au Val-de-Grâce (hôpital militaire de Versailles).

13e *Section* (Electricité médicale)

Président : M. le Dr Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Questions à l'ordre du jour :

Influence des rayons X sur le sang : traitement des maladies des organes hématopoiétiques.

Rapporteurs : MM. Belot, de Paris, et Barjon, de Lyon.

Les courants de haute fréquence. Influence sur la tension artérielle. Traitement de l'hypertension.

Rapporteurs : MM. Doumer, de Lille, et Chanoz, de Lyon.

(Pour l'étude de ces questions, la section d'électricité médicale sera réunie à la section des sciences médicales.)

14e *Section* (Odontologie)

Président : M. le Dr Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole dentaire, 99, boulevard Haussmann, à Paris.

1° Sur les causes de la carie dentaire dans les différentes régions de la France ;

2° Sur les manifestations dentaires de l'arthritisme ;

3° Sur les ciments-porcelaine ;

4° Sur les articulateurs.

19e *Section* (Hygiène et Médecine publique)

Président : M. le Dr Courmont, professeur à la Faculté de médecine, 34, quai de la Charité, Lyon.

1° Le dispensaire antituberculeux de Lyon (type d'organisation pouvant se réaliser dans toutes les grandes villes.)

Rapporteurs : MM. André et Lesieur.

2° Du rôle des urines typhiques dans la propagation de la fièvre typhoïde.

Rapporteur : M. Lesieur.

3° Stérilisation des eaux potables par l'ozone.

Rapporteur : M. Lacomme.

4° Résultats que peut produire un bureau municipal d'hygiène (15 ans de fonctionnement à Lyon).

Rapporteur : M. Roux.

Le Congrès s'ouvrira le 2 août; le dimanche 5 août aura lieu une excursion dans les monts lyonnais (Charbonnières, Limonest, Mont-d'Or) et la vallée de la Saône, de Neuville à Lyon.

A la clôture de la session, 7 août, une excursion de trois jours permettra aux congressistes de visiter une des plus belles régions du Bugey et de la Savoie (vallée de l'Albarine, gorges du Fier, Annecy et son lac, le Fayet, Saint-Gervais, Chamonix).

Les Compagnies de chemins de fer français accordent une réduction de 50 0/0 avec validité des billets du 30 juillet au 20 août.

Pour profiter de ces avantages et participer aux visites industrielles, promenades et excursions, il faut être membre de l'Association.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente; moyennant une cotisation de 20 francs on devient membre annuel; moyennant 200 francs, membre à vie. Les membres fondateurs doivent verser une cotisation de 500 francs.

Les membres de l'Association reçoivent les comptes rendus du Congrès (2 vol. in-8°), publiés dans les mois qui suivent la réunion.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... **15 fr.**

Le Traitement des Affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr **F. Lagrange.**

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... **6 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques..... **5 fr.**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

1 vol. grand in-8°, avec gravures..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

LES ANÉVRYSMES DES GROS VAISSEAUX

Étiologie et pathogénie ; traitement par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné,

Par le Dr Lancereaux,

Membre de l'Académie de Médecine.

La connaissance exacte de l'étiologie et de la pathogénie des anévrysmes a forcément pour base, la connaissance des désordres anatomiques des artères qui en sont le siège, car, en dehors du traumatisme, la rupture d'un vaisseau sain ne se voit pas.

Les artères, comme tous les organes, sont exposées à des lésions multiples ; mais celles qui donnent naissance aux anévrysmes, en général peu nombreuses, se rapportent aux types anatomiques suivants :

1° Les artérites ciconscrites ;

2° Les artérites en plaques ;

3° L'artério-sclérose ou endartérite généralisée.

Les *artérites circonscrites* se rattachent à deux maladies nettement définies, la syphilose et la tuberculose. Elles ont pour caractères, ainsi que toutes les déterminations morbides de ces maladies, de se localiser sur un ou plusieurs points d'nn vaisseau, sous forme d'épaississements circonscrits, de nodosités miliaires, lenticulaires ou pisiformes, tout d'abord grisâtres et résistantes, plus tard jaunâtres, molles et susceptibles de résorption.

Constituées par de jeunes cellules de tissu conjonctif, qui souvent ne tardent pas à dégénérer, ces lésions ont pour siège de prédilection les vaisseaux de moyen calibre : les artères de l'encéphale dans la syphilose, celles des poumons et du cerveau dans la tuberculose. La tunique externe de ces vaisseaux ou mieux la gaine lymphatique en est le point de départ habituel, mais parfois aussi la tunique interne se prend à son tour et s'épaissit, tandis que la tunique moyenne, comprimée, s'atrophie, et en raison de sa moindre résistance, favorise un certain degré d'ectasie.

Dans d'autres cas, cette tunique est envahie par les éléments de nouvelle formation de la tunique externe et ceux-ci, venant à la pénétrer dans toute son épaisseur, enlèvent à la paroi artérielle sur un ou plusieurs points, une grande partie de sa résistance à la tension sanguine.

Alors, de deux choses l'une ; ou bien le sang, en vertu de cette tension, rompt le vaisseau et il survient une hémorragie, ce qui est rare ; ou bien, ce qui est plus commun, il s'introduit à travers la tunique moyenne, refoule la tunique externe et les tissus du voi-

sinage qui le retiennent, lui forment paroi, et il s'accumule ainsi au pourtour du vaisseau sous forme d'une tumeur dite anévrysmale.

En somme, c'est l'altération de la tunique externe du vaisseau qui a été la condition pathogénique de l'anévrysme.

Les *artérites en plaques* ont pour siège habituel les gros vaisseaux et de préférence l'aorte et les gros troncs qui en émanent. Leurs causes ne sont pas absolument déterminées ; néanmoins, si on fait exception du traumatisme, on en arrive à reconnaître qu'elles se rattachent à deux maladies principales : la syphilose et la paludose.

Ces artérites sont caractérisées par des épaississements des tuniques artérielles, disposés sous formes de plaques allongées ou circulaires, d'une étendue de plusieurs centimètres, à bords festonnés saillants et plus ou moins réguliers. Fortement injectées à leur surface externe et parfois adhérentes aux parties voisines, les parois du vaisseau lésé sont tantôt lisses à leur surface interne, tantôt surmontées de mamelons, de nodosités du volume d'une lentille ou d'un pois et groupées à la façon de certaines tubercules syphilitiques de la peau.

Ces plaques, généralement séparées par des intervalles vasculaires entièrement sains, ont pour siège ordinaire la portion ascendante ou la crosse de l'aorte ; elles se retrouvent encore dans la portion descendante de ce même vaisseau où elles occupent, quand elles viennent à se réunir, une large étendue, sans toucher à l'aorte abdominale. Inversement l'aorte abdominale peut être affectée et l'aorte thoracique conserver son intégrité, comme si chacune des parties de ce grand vaisseau, dont le développement a lieu par l'intermédiaire d'arcs vasculaires différents, avait la propriété de s'altérer isolément.

Tout d'abord opalescentes ou même semi-transparentes, puis de couleur grisâtre ou jaunâtre, les saillies vasculaires, de consistance ferme, élastique, se ramollissent parfois, sur certains points, en donnant naissance à des foyers à contenu semi-liquide, qui se vident à l'intérieur du vaisseau, laissant à leur suite, des ulcères plus ou moins profonds.

Toutes les tuniques artérielles prennent part, le plus souvent, à ce processus, mais à des degrés fort divers. La tunique externe, qui en est le point de départ s'injecte, s'épaissit, comprime les nerfs qui la parcourent ; puis la tunique interne se prend à son tour et devient le siège de saillies mamelonnées, tandis que la tunique moyenne comprimée des deux côtés s'atrophie si elle n'est envahie à son tour.

La composition histologique de cette lésion varie nécessairement suivant le moment où on l'examine. La tunique externe, particulièrement intéressée, s'infiltre d'éléments embryonnaires de tissu conjonctif qui, dans certains cas, envahissent la tunique moyenne et même la tunique interne. Disposées sous forme d'amas ou de foyers disséminés de préférence sur le trajet des vaisseaux, les jeunes cellules de la tunique externe pénètrent dans la tunique moyenne sous forme de traînées qui la perforent de part en part, formant ainsi, comme de petits puits qui viennent détruire sa résistance. Ajoutons que ces éléments sont susceptibles d'organisation puisqu'il nous est arrivé d'observer des ecchymoses ou de petits épanchements sanguins entre les tuniques moyenne et interne. Cette dernière membrane d'ailleurs est le siège d'un épaississement formé par la présence d'éléments de nouvelle formation.

En état de moindre résistance la tunique moyenne finit par céder, à un certain moment

principalement sous l'influence d'efforts, et par entraîner à sa suite, soit une hémorragie grave, soit plus souvent un anévrysme. Ainsi, dans l'artérite en plaques, comme dans l'artérite circonscrite, l'anévrysme est l'effet d'une péri-artérite, c'est-à-dire d'une lésion qui, débutant par la tunique externe des vaisseaux, envahit la tunique moyenne sous forme de traînées cellulaires qui la perforent et permettent ainsi au sang de se frayer un passage à travers cette membrane. La tunique externe se rompt alors et il se produit une hémorragie, ou bien elle est refoulée par le sang et aidée des tissus voisins, elle forme une poche qui le maintient au pourtour du vaisseau.

En raison de son siège et de ses localisations diverses, la péri-artérite est l'occasion de désordres fonctionnels variables. Au niveau des orifices des artères coronaires du cœur, elle tend à rétrécir les orifices et à produire des phénomènes d'ischémie cardiaque, à savoir : douleurs précordiales à la suite d'efforts ou d'une marche rapide, dyspnée pénible et douloureuse ; au niveau de la crosse, les troncs artériels inégalement rétrécis donnent lieu à l'inégalité des deux pouls ; dans la portion ascendante de l'aorte, elle a pour effet de comprimer et d'altérer le plexus cardiaque, en donnant naissance au syndrome douloureux connu sous le nom d'*angine de poitrine*, avec ses intermittences parfaites et ses retours, même à l'état de repos absolu. Située dans la région abdominale, l'aortite en plaques entraîne à sa suite des troubles divers qui résultent de l'altération ou de la simple compression des plexus solaire, gastro-intestinaux, etc.

La différenciation étiologique des anévrysmes de l'aorte n'est pas sans offrir de réelles difficultés, car en l'absence de localisations distinctes, il ne reste guère que les antécédents et les manifestations concomitantes pour éclairer le praticien. Mais cela importe peu, attendu que la médication ne varie pas, puisque l'indication principale, dans tous les cas est de favoriser la coagulation du sang dans la poche anévrysmale.

L'artério-sclérose ou endartérite généralisée, déjà différente des péri-artérites tant par sa localisation à la tunique interne, que par sa tendance à la généralisation, se distinguent encore par les conditions qui président à son développement. Membrane dépourvue de vaisseaux, l'endartère est peu exposée à l'action des agents infectieux et par contre, de même que les cartilages et les tissus fibreux, très sujette aux troubles trophiques.

C'est pourquoi nous voyons ses désordres coexister fréquemment avec les altérations de ces tissus et au même titre qu'elle se rattacher à la grande névrose sympathique, distingué sous le nom d'*herpétisme* ou encore d'*arthritisme*.

L'endartérite commence souvent par l'aorte et de préférence par l'aorte abdominale, puis elle s'étend peu à peu à une grande partie du système artériel. Les artères, celles des membres surtout, sont d'ordinaire, à la façon des veines variqueuses, allongées, flexueuses, épaissies ou amincies, dilatées ou rétrécies, et fréquemment annelées. Leur surface interne est semée de petites saillies mamelonnées ou allongées qui se rencontrent de préférence, du moins dans l'aorte, à l'origine de ses branches collatérales. Une section transversale de la paroi vasculaire permet de constater que ces saillies ont pour caractères anatomiques de siéger dans l'épaisseur de la membrane interne et d'être constituées par une substance grisâtre, semi-transparente, qui, au bout d'un certain temps, devient jaunâtre, se ramollit par transformation graisseuse et finit par ulcérer les vaisseaux.

Composée de cellules rondes, allongées ou étoilées, disposées au sein d'une trame aréo-

laire, cette altération envahit peu la tunique moyenne, mais elle l'atrophie et prédispose les vaisseux à des ectasies partielles; la tunique externe n'étant qu'exceptionnellement touchée; les anévrysmes vrais sont alors des plus rares.

L'étude qui précède nous montre tout à la fois la diversité des artériopathies et la liaison qui existe entre leurs diverses formes et les causes qui leur donnent naissance. Elle établit, en outre, que toutes les lésions artérielles sont loin d'avoir les mêmes conséquences, du moins en ce qui concerne les anévrysmes. A ce point de vue, il existe une distinction manifeste entre celles de ces affections qui débutent par la tunique externe, et celles qui se localisent plus spécialement à la tunique interne. Effectivement, si ces dernières présentent exceptionnellement cette complication, les premières en sont l'origine à peu près constante.

Les causes des anévrysmes sont ainsi la plupart du temps, microbiennes, et leur pathogénie provient de la localisation des agents syphilitiques, tuberculeux et paludiques à la tunique externe, et non pas, comme on le croit trop généralement, à la tunique interne des vaisseaux.

C'est l'irritation déterminée par la présence de ces agents dans la tunique externe qui, en se propageant à la tunique moyenne, donne naissance aux éléments qui la pénètrent, affaiblit sa résistance et permet au sang de la traverser et de former la poche anévrysmale.

En dehors de ces agents, le traumatisme est dans certains cas une cause d'anévrysme, comme aussi plus rarement, la propagation d'une inflammation du voisinage à la tunique externe et à la tunique moyenne d'un vaisseau.

II

Le traitement des anévrysmes est préventif et curatif. Le traitement préventif s'adresse naturellement à la lésion artérielle dont l'anévrysme n'est que la conséquence. Il varie suivant la cause et la nature de cette lésion. Peu efficace lorsque celle-ci est tuberculeuse ou paludique, il est d'une utilité incontestable lorsqu'elle est syphilitique.

Le traitement de l'artérite syphilitique ne diffère pas de celui de toutes les manifestations spécifiques; il consiste dans l'emploi de préparations mercurielles et iodurées. La quinine qui est le moyen héroïque pour combattre les manifestations de la paludose, caractérisées à l'état aigu par des fluxions des organes, demeure sans action contre les lésions scléreuses de l'état chronique ; mais celles-ci comme la plupart des scléroses jeunes, peuvent être influencées ou même arrêtées à leur début par l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes.

L'anévrysme une fois constitué, toute restauration de la paroi artérielle devient impossible, et l'emploi de l'iodure de potassium n'est indiqué qu'autant que l'on redoute la formation d'un nouvel anévrysme. Il ne reste au praticien d'autre alternative que de pratiquer la ligature du vaisseau ou de renforcer les parois de la poche anévrysmale par la coagulation du sang qui s'y trouve contenu. Or, si la ligature est un procédé efficace dans les cas d'anévrysmes des petites artères, ce procédé devient inapplicable, lorsqu'il s'agit de vaisseaux volumineux, comme l'aorte, et les gros troncs artériels, en raison des graves accidents auxquels il expose le malade.

La seule ressource alors est de chercher à arrêter l'accroissement de la poche anévrysmale et à la consolider par la coagulation du sang à son intérieur.

Depuis, Valsalva qui préconisa la saignée, de nombreux moyens physiques ou autres ont été employés dans ce but, mais tous sans succès certains. Leur énumération étant sans utilité, vous me dispenserez de vous les rappeler.

Une seule méthode jusqu'ici m'a paru répondre à cette indication : elle repose sur une expérience déjà longue, et mérite de vous être exposée à nouveau, tant pour ce fait que pour réduire à néant les critiques souvent mal fondées dont elle a été l'objet.

Mise en pratique et préconisée par le Dr Paulesco, et par moi, dès l'année 1899, la méthode des injections hypodermiques de sérum gélatiné dans le traitement des anévrysmes des grosses artères, n'a pas toujours reçu un accueil favorable, et de nombreuses objections lui ont été présentées. Tout d'abord on a contesté que la gélatine dont l'action coagulante ne pouvait être mise en doute, n'était pas absorbée; nous avons démontré l'erreur de cette manière de voir. On a prétendu ensuite que la coagulation du sang dans la poche anévrysmale pouvait être une cause d'embolie. C'était là une autre erreur à laquelle a répondu l'expérience.

Enfin, l'objection la plus grave, je dirai la seule sérieuse qui ait été adressée à notre méthode, c'est le développement du tétanos chez plusieurs malades auxquels avaient été pratiquées des injections de sérum gélatiné, bien que la plupart de ces injections aient eu pour objet de combattre des hémorragies et non de lutter contre les anévrysmes.

Cette objection pourtant est sans valeur, car, ainsi que me le disait un étranger venant me demander de traiter par les injections gélatinées un énorme anévrysme de l'aorte abdominale : « Si le tétanos a été quelquefois transmis par des injections de sérum gélatiné, cela ne peut être attribué à la méthode, mais à la préparation défectueuse de la substance injectée. En effet, sur près de 1.200 injections de sérum gélatiné, pratiquées par mes élèves et par moi tant en ville que dans mon service hospitalier, il ne m'a pas encore été donné de voir un seul cas de tétanos.

La raison en est que j'ai soin de n'employer que du sérum gélatiné parfaitement aseptisé.

Je ne reviendrai pas sur les procédés suivant lesquels doit se faire l'asepsie, sans pour cela décomposer la gélatine, vous les trouverez décrits dans nos Bulletins (voir l'année 1904, série 3, t. LII, p. 24). Je ferai remarquer seulement que la solution gélatinée que j'emploie aujourd'hui a été portée parfois de 2 gr. 50 à 3 gr. 50 p. 100. Cette dose ne gêne nullement l'absorption, elle pourrait sans doute être élevée à 5 p. 100. Une injection de 200 grammes de sérum gélatiné, pratiquée tous les cinq ou six jours dans la fesse, ne détermine aucun accident, si ce n'est dans certains cas un état fébrile passager, relativement rare aujourd'hui, en raison sans doute d'une meilleure préparation du médicament. L'absorption est en général terminée au bout de vingt-quatre heures, jamais elle n'a été suivie du moindre abcès, et par conséquent, la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatiné, lorsqu'on a soin de se servir de gélatine convenablement aseptisée, n'offre aucun danger.

Mais cette méthode est-elle efficace et dans quelle mesure ? Quel est son mode d'action ?

L'efficacité du traitement des anévrysmes des gros vaisseaux par la méthode des injections sous-cutanées de gélatine est, selon nous, incontestable, parce qu'elle repose sur de

nombreux faits, et que ses effets sont toujours identiques. S'agit-il d'anévrysmes douloureux, comme c'est la règle pour les anévrysmes des premières portions de l'aorte ? Toujours on constate la cessation de la douleur après quatre, cinq ou six injections. Est-on en présence d'anévrysmes de la partie supérieure de l'aorte abdominale avec troubles digestifs ? Ceux-ci cessent en général après quelques injections.

Dans tous les cas où nous avons eu à traiter des tumeurs anévrysmales faisant saillie en avant du sternum et tout à fait liquides, avec peau amincie, il nous est arrivé de voir cette tumeur commencer à durcir après une dizaine d'injections et le durcissement être total après trente à quarante injections.

Or, ces modifications observées dans tous nos cas, indiquent manifestement qu'il n'y a pas là une simple coïncidence, et l'on conviendra, avec nous, que la gélatine joue un rôle efficace dans la coagulation du sérum au sein des poches anévrysmales, même les plus volumineuses. Voici d'ailleurs quelques nouveaux faits qui plaident en faveur de cette manière de voir.

Observation I. — *Anévrysme de la partie supérieure de l'aorte abdominale. Traitement par les injections de sérum gélatiné. Un an plus tard, anévrysme de la partie inférieure de l'aorte descendante, même traitement.*

La femme d'un lieutenant de vaisseau, âgée aujourd'hui d'une quarantaine d'années, sans antécédents spécifiques manifestes, fut atteinte de paludose à Saïgon en 1888, et traitée par la quinine. Deux ans plus tard, elle rentra en France, et sans être forte elle se portait relativement bien. Dans les premiers mois de l'année 1904, elle vint me consulter pour des troubles digestifs et des douleurs à l'épigastre, que n'améliora aucun traitement. Vers la fin de l'année, elle me fut amenée à l'hôpital par le Dr Pouvreau de Bois-Colombes ; elle présentait alors sur la ligne médiane immédiatement au-dessus du diaphragme, une tumeur molle du volume d'une grosse orange, animée de mouvements d'expansion et accompagnée d'un bruit de souffle systolique des plus manifestes. Il ne pouvait y avoir de doute, il s'agissait bien d'une tumeur anévrysmale, avec menace de rupture et de mort. Il n'y avait pas à songer à la ligature du vaisseau; les injections de sérum gélatiné nous parurent seules capables de remédier à cette grave lésion. Elles furent commencées le 11 mars 1905 et cessèrent le 28 juin suivant. Dans cet intervalle de temps il fut fait vingt injections de 200 grammes de sérum à 7 p. 1000 de chlorure de sodium, renfermant 5 grammes de gélatine. Au bout de la troisième ou quatrième injection, la douleur s'éteignit et les troubles digestifs ne tardèrent pas à disparaître, puis peu à peu les mouvements d'expansion cessèrent et il ne resta plus que des soulèvements de la tumeur devenue très dure. A ce moment le traitement fut abandonné.

Un an plus tard, la tumeur épigastrique était demeurée au même point, mais il apparaissait à la partie inférieure de la cavité thoracique sur les côtés du sternum une saillie diffuse avec mouvements d'expansion sans souffle appréciable. Vingt nouvelles injections furent pratiquées dans l'espace de trois mois, à la suite desquelles les mouvements d'expansion disparurent. Quant à l'ancienne tumeur, elle présente toujours une grande dureté et son volume est beaucoup inférieur à celui qu'elle avait au début du premier traitement. Depuis lors, j'ai pu revoir cette malade, dont l'état local n'a pas changé et dont l'état général est excellent.

Observation II. — *Anévrysme de la première portion de l'aorte avec tumeur présternale du volume d'une petite noix. — Rentrée de la tumeur dans le thorax à la suite de trente injections de sérum gélatiné. — Deux ans plus tard, efforts violents, réapparition d'une tumeur douloureuse et reprise des injections de sérum gélatiné.*

E. G..., âgé de cinquante-quatre ans, maçon, né de parents décédés à un âge avancé, a été atteint, à dix-neuf ans, alors qu'il était occupé à creuser un puits, d'accès fébriles qui reparaissaient chaque jour entre 1 et 2 heures de l'après-midi, débutaient par de violents frissons avec sensations de froid, suivis de chaleur et de sueurs abondantes.

Ces accès qui durèrent deux mois, n'ont pas reparu depuis lors; un frère plus âgé que lui et qui prenait part au même travail, éprouva les mêmes accidents ainsi que plusieurs habitants de la même commune.

A vingt et un ans, est atteint de variole, mais il n'a eu aucun accident syphilitique.

C'est un travailleur laborieux et sobre qui n'offre aucun signe d'intoxication, ni par les alcools, ni par les apéritifs.

La chute d'un madrier sur son épaule détermine des souffrances qui l'obligent à demander son admission à l'hôpital où il est reçu le 26 novembre 1903.

Il existe alors, au niveau du deuxième espace intercostal droit, à 7 millimètres de la ligne médiane, sur une étendue de la dimension d'une pièce de 2 francs, des battements et des mouvements d'expansion qui se sentent encore dans le creux sus-sternal.

La clavicule droite est soulevée et légèrement saillante et il existe une subluxation de l'articulation sternoclaviculaire droite. La percussion permet de délimiter une zone de matité qui s'étend de la clavicule à la troisième côte et de la ligne médiane à quelques centimètres du sternum. Les veines sous-cutanées de la région sous-claviculaire droite sont quelque peu dilatées.

La pointe du cœur se fait sentir dans le quatrième espace intercostal à 10 centimètres de la ligne médiane, il n'est constaté aucun souffle pas plus au niveau de cet organe que de l'anévrysme. Les poumons sont intacts, le foie ne déborde pas, et tous les autres organes sont sains.

Le diagnostic d'un anévrysme de l'aorte ne pouvant être mis en doute, le malade est soumis à la méthode des injections de sérum gélatiné et, après la dixième, les douleurs cessent entièrement.

Le 10 juin, à la suite de la trentième injection, il n'existe plus de mouvement au niveau de l'anévrysme, et le malade quitte l'hôpital, pour retourner chez lui, dans la Creuse. Là, il se livre à des travaux de jardinage et reste plus d'une année sans souffrir et sans voir reparaître sa tumeur. Se trouvant bien, il se met à bêcher, puis à fendre du bois sans éprouver ni douleur, ni fatigue; mais, vers le mois de mars 1906, les douleurs reparaissent, irradient de la poitrine vers l'oreille et dans le cou; puis, apparaît de nouveau au-devant de la poitrine, une tumeur tout d'abord du volume d'une noix, qui augmente progressivement, jusqu'à atteindre celui d'une grosse orange.

Le 22 mars 1906, le malade juge bon de revenir à l'hôpital. Il présente, à droite de la ligne médiane, une tumeur qui s'étend transversalement depuis le milieu du sternum jusqu'à la moitié interne de la clavicule et descend jusqu'au troisième espace intercostal. Cette tumeur, molle, oblongue, est formée de deux lobes saillants séparés par un sillon, elle est pulsatile et ses battements sont appréciables à la vue et au palper.

Recouverte uniquement par la peau qui paraît amincie au toucher, elle n'est le siège d'aucun souffle, non plus que le cœur qui est à peine hypertrophié.

Le pouls du côté droit, très perceptible en 1905, est difficile ou impossible à sentir, les veines sous-cutanées du thorax sont peu dilatées. Les injections de sérum gélatiné sont reprises le 24 mars, le malade est tenu au repos. Une injection est pratiquée tous les cinq jours, d'abord avec 5 grammes de gélatine pour 200 centimètres cubes de sérum gélatiné, et à partir de la 7e injection avec 7 grammes pour la même quantité de sérum. Ces injections, parfaitement tolérées, ne déterminent pas de mouvements fébriles bien appréciables puisque la température n'est jamais le soir de l'injection au-dessus de 37°5. L'absorption d'ailleurs généralement rapide s'opère dans l'espace de quelques heures, et souvent elle est terminée au bout de deux heures et demie à trois heures. La tension artérielle du malade mesurée avant et après l'injection, nous apprend que celle-ci s'élève manifestement puisque de 15, 19 ou 17° avant l'opération, elle monte à 22, 24 et 26°, une heure plus tard. Après la 6e injection la poche commence à durcir, les mouvements d'expansion diminuent, mais les battements persistent.

Observation III. — *Anévrysme de l'artère ophtalmique siégeant au delà de l'artère centrale de la rétine. — Exophtalmie, diplopie, troubles de la vision. — Injections de sérum gélatiné, rentrée de l'œil dans l'orbite, cessation de la diplopie et des troubles visuels.*

A. A..., âgée de cinquante-deux ans, ménagère, est née de parents sains et n'a pour tout antécédent personnel que des troubles digestifs, des migraines, des varices et quelques poussées articulaires. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu trois enfants, n'a jamais

nombreux !
reux, com
jours on c
en présen
digestifs ?
Dans to
en avant
cette tun
total apr
Or, ce
pas là u
efficace
volumi
manièr

OBSER
inj
cen

La
sans
trait
port
pou
Ver
elle
tu
ac
do
Il
pa
11
vi
5
gu
m
t

En pareille occurrence, qu'il s'agisse d'une tumeur visible à l'extérieur ou d'une tumeur renfermée dans les cavités thoracique, abdominale, orbitaire, etc., le traitement par la méthode des injections de sérum gélatiné est nettement indiqué; l'hésitation ne peut être permise, elle serait coupable.

Le praticien doit donc, sans aucune inquiétude, recourir à cette méthode, d'autant plus que, en dehors d'elle, dans les anévrysmes vrais de l'aorte, tout au moins, il n'existe aucune chance de salut pour le malade, si le sang ne parvient à se coaguler au sein de la poche anévrysmale.

Dire exactement comment agit la gélatine, dans ces conditions, nous serait difficile, nous savons toutefois que cette substance a la propriété de coaguler le sang à son contact et qu'elle a, en outre, celle d'arrêter les hémorragies, même lorsqu'elle est administrée en injection sous-cutanée. En conséquence, il y a lieu de croire que dans tous ces cas, elle exerce une action directe sur le liquide sanguin.

Nous avons voulu savoir quelles influences pourraient avoir nos injections sur la pression artérielle et s'il ne serait pas possible d'attribuer à l'hypotension sanguine la coagulation du sang dans les anévrysmes que nous avons eus à traiter.

La communication que nous a faite récemment notre distingué collègue le Dr Huchard, nous a conduit naturellement à faire cette recherche. Or, l'observation de nos deux derniers faits a clairement démontré qu'il n'en était rien, puisque la tension sanguine constatée avec le même instrument, nous a démontré que, à chaque injection de sérum gélatiné, la tension sanguine s'élevait de plusieurs degrés, et baissait ensuite. — Le repos au lit ne nous a pas paru davantage suffire à rendre compte des bienfaits de notre méthode; nous avons pu suivre en effet des malades soumis au repos absolu pendant un certain temps, sans constater d'amélioration sensible, jusqu'au jour où des injections de gélatine étaient pratiquées, et d'autres malades, traités par ces mêmes injections, et dont la poche anévrysmale durcissait même en l'absence d'un repos complet.

Tels sont les faits nouveaux et les réflexions qui nous ont paru dignes de vous être présentés, en faveur du traitement des anévrysmes des gros vaisseaux par la méthode des injections de sérum gélatiné.

De ces faits et de l'esquisse que nous avons faite de l'étiologie et de la pathogénie des anévrysmes vrais des gros vaisseaux, il est possible, ce nous semble, de tirer les conclusions suivantes :

1° L'artério-sclérose généralisée ou endartérite n'est qu'exceptionnellement suivie d'anévrysmes des gros vaisseaux. Les conditions pathogéniques de ces accidents sont des péri-artérites qui gagnent en profondeur et finissent par perforer la membrane élastique des artères. Leurs causes, à part le traumatisme, ont une origine infectieuse; celles que nous connaissons dès maintenant, sont les agents de la tuberculose, de la syphilis et de la paludose;

2° La rupture est le mode de terminaison fatal des anévrysmes des gros vaisseaux, à moins de la coagulation spontanée du sang dans la poche anévrysmale. Cette coagulation étant rarement spontanée, l'indication formelle est de chercher à la provoquer; c'est à quoi répond la méthode des injections de sérum gélatiné. Cette méthode, ayant la propriété de favoriser la coagulation du sang au sein des anévrysmes vrais, s'oppose ainsi à leur rupture, si le malade a soin d'éviter des efforts par trop violents;

3° Contrairement à ce qui a pu être avancé par quelques auteurs, la méthode des injections de gélatine est sans aucun danger, à la condition que le sérum employé soit parfaitement aseptisé. Son indication est d'autant plus formelle dans les anévrysmes des gros vaisseaux que l'intervention chirurgicale est le plus souvent impossible ou dangereuse, et qu'il n'est jusqu'ici du moins, aucun autre moyen d'arrêter sûrement les progrès de ces graves désordres.

UN NOUVEAU REMÈDE INTERNE CONTRE LA BLENNORRHAGIE : LE GONOSAN

Par le Dr Alex. Renault,

Médecin de l'hôpital Cochin annexe (1).

La blennorrhagie urétrale étant une des maladies les plus ingrates que le médecin ait à traiter, nous devons accueillir avec empressement tout remède nouveau, surtout si ce remède est prôné par des spécialistes, dont la valeur et la conscience scientifique ne sont contestées par personne.

Dans cet ordre de faits rentre le gonosan, introduit pour la première fois, en 1902, dans la thérapeutique par le Dr Boss (de Strasbourg). Depuis, ce médicament a été essayé constamment avec succès par des spécialistes, tels que Friedländer, Benninghoven et Saalfeld (de Berlin); Spitzer et Maximilian von Zeissel (de Vienne); Küsel (de Moscou); Meyer (de Naples); Steiner (de Bucarest); Hottinger (de Zurich).

En France, je ne vois à citer qu'une leçon du Dr Lavaux à l'École pratique, le 3 décembre 1904. L'auteur y signale l'action calmante du gonosan dans les affections des reins et des voies urinaires supérieures. Mais il n'est pas question du traitement de la blennorrhagie.

C'est l'action de ce médicament contre cette dernière maladie, que nous avons essayée dans notre service de vénériens de l'hôpital Cochin annexe.

Un stock suffisant a été mis très obligeamment à notre disposition par M. Rohais.

Avant de vous faire connaître les résultats de mon expérimentation, il importe que je vous dise quelques mots de la composition du gonosan et de ses effets physiologiques sur l'organisme.

Le gonosan est une dissolution de la masse résineuse, pharmaceutiquement active, de la racine de kawa-kawa dans la meilleure essence de santal indien.

Vous connaissez tous les effets de l'essence de santal sur les écoulements blennorrhagiques. Cette essence possède les propriétés des balsamiques. Les recherches de Henderson et de Panas, en 1865, ont démontré que dans la blennorrhagie aiguë, ce médicament à la dose de 4 grammes dans les vingt-quatre heures, transforme en trois jours la nature de l'écoulement, qui, de purulent, devient séro-purulent et en restreint notablement l'abondance.

(1) Communication à la Société de thérapeutique, 27 juin 1906.

Malheureusement ce médicament est cher. Aussi est-il souvent additionné d'huile de ricin, d'oléo-résine de copahu, d'huile volatile de copahu ou d'essence de cèdre. C'est à l'action de ces mélanges que sont dus, en majeure partie, les inconvénients imputables à son emploi, tels que nausées, vomissements et surtout douleurs lombaires, qui obligent les malades à suspendre le remède.

L'avantage du gonosan est d'être préparé avec une essence de santal indien absolument pure. Dans cette essence, on dissout les principes actifs du kawa-kawa.

Le kawa est le nom d'une boisson enivrante, que les Taïtiens et les habitants de la Polynésie préparent avec la racine d'une espèce de poivrier appelé : *Piper methysticum.*

Mais le Dr Dupouy, médecin de la marine française, nous apprend que dans les îles de l'océan Pacifique, le gonosan est employé aussi à titre médicamenteux et comme agent anticatarrhal.

Il y a longtemps que les chimistes ont recherché quels étaient dans le *Piper methysticum* les principes de sa racine.

Dès 1850, O'Rorke, dans les comptes rendus de l'Académie des sciences; Grobley, en 1860, dans le *Journal de pharmacie et de chimie;* enfin Notting et Kopp, dans le *Moniteur scientifique* de 1875, ont démontré que cette racine contenait deux substances cristallines : la kawaïne et la yangonine, dépourvues l'une et l'autre de toute action thérapeutique, et en outre une substance résineuse, qui en constitue la partie active.

Cette masse résineuse a été particulièrement étudiée en 1886 par L. Lewin (de Berlin), qui a prouvé qu'elle pouvait se décomposer en deux résines, désignées sous les noms d'α et β et possédant la même action pharmaco-dynamique.

Ce même auteur a recherché également les effets physiologiques de ces résines et a constaté les faits suivants :

Quand on laisse tomber sur la langue une goutte des résines en question, il en résulte une sensation d'engourdissement et une diminution de la sensibilité de toutes les parties de la bouche, qui ont été en contact avec le produit.

Si l'on porte maintenant gros comme une tête d'épingle du mélange de ces résines dans l'œil d'un animal, il s'ensuit au bout de trois minutes, souvent même avant, une complète anesthésie de la cornée et de la conjonctive.

Lewin est parvenu à extraire de l'urine, après l'usage du kawa, un principe qui provoque également l'anesthésie de l'œil.

De ces diverses expériences, on pouvait déduire que la résine de kawa, en s'éliminant, devait avoir une action sédative sur les voies urinaires enflammées. Les résultats cliniques ont démontré surabondamment le bien fondé de cette hypothèse.

Lewin observa en outre que les parties de la muqueuse, qui se trouvent en contact avec la résine de kava, subissent une ischémie, à laquelle il est possible d'attribuer la diminution du pus dans les phlegmasies, à la suite de l'usage de ce remède.

Il faut retenir enfin l'action diurétique de l'extrait fluide de cette substance démontrée par Lewin et Roger, dans le *Medical News* de 1886.

Tenant compte des propriétés anticatarrhales du kawa, signalées par le Dr Dupouy, Hermann von Zeissl (de Vienne) avait, dès l'année 1879, appliqué ce médicament au traitement de la blennorrhagie. Il se servait d'une macération de 5 grammes de kawa dans

500 grammes d'eau. Ce traitement fut appliqué à 20 blennorrhagiques, sans succès, au point de vue de la guérison de l'écoulement. Weinstein, qui renouvela ses expériences, ne fut pas plus heureux.

Ce sont d'une part les inconvénients de l'essence de santal, employée seule, de l'autre les propriétés anesthésiques remarquables du kawa, qui donnèrent au Dr Boss (de Strasbourg) l'idée d'associer ces deux médicaments.

Il se présente sous la forme d'une substance huileuse, jaune verdâtre, fortement aromatique, soluble dans l'alcool, le chloroforme et l'éther.

Dans sa composition, une essence très pure de santal indien entre dans la proportion de 80 p. 100 et les résines de kawa kawa, à l'exclusion des principes cristallisables, inactifs, dans la proportion de 20 p. 100.

Le nouveau remède est contenu dans des capsules, dosées chacune à 30 centigrammes, soit 24 centigrammes d'essence de santal, chimiquement pure, et 6 centigrammes de kawa.

Le Dr Boss fit prendre à ses malades 8 à 10 de ces capsules par jour.

Il résulte des recherches de cet auteur que le gonosan est remarquable :

1° Par ses propriétés sédatives, c'est-à-dire que ce médicament fait disparaître les douleurs intenses à la miction et pendant les érections, qui signalent la première période de la blennorrhagie aiguë.

2° Par son action anticatarrhale.

Le gonosan diminue en effet rapidement le flux blennorrhagique, et chez un bon nombre de malades, peut arriver à le faire cesser complètement ;

3° Par sa vertu bactéricide, ainsi qu'en témoigne la disparition progressive du gonocoque, constatée par l'examen du pus au microscope.

Ajoutons enfin que le gonosan est le mieux supporté des remèdes balsamiques. Il ne provoque aucun sentiment de répugnance, ni de dégoût, n'attaque ni l'estomac, ni les intestins et ne cause jamais les douleurs lombaires, si souvent engendrées par l'essence de santal, employée seule.

Permettez-moi maintenant de vous faire connaître les résultats de mon expérimentation :

J'ai soumis 10 malades à la médication par le gonosan.

La plupart étaient atteints de blennorrhagie pour la première fois.

Avant le début du traitement, j'ai pris soin d'examiner au microscope le pus urétral de chacun d'eux. Invariablement, il renfermait du gonocoque, inclus dans les leucocytes polynucléaires, à l'exclusion d'autres microbes, dans presque tous les cas.

Aucun de mes patients, sauf un seul, n'a été soumis préalablement au régime émollient.

D'emblée, j'ai prescrit le gonosan, à la dose de six capsules pendant les deux premiers jours, puis de neuf les jours suivants jusqu'à la sortie de l'hôpital. Le médicament était administré en trois fois, par parties égales, en commençant les trois repas de la journée.

Suivent les observations, dont nous nous bornons à fournir les conclusions.

De cet ensemble d'observations, continue le Dr Alex. Renault, il ressort d'abord un premier fait, qui paraît hors de contestation et qui, au point de vue pratique, a une importance considérable; c'est la propriété anesthésique du gonosan.

Huit fois sur dix, c'est-à-dire dans 80 p. 100 de nos cas, le nouveau remède a éteint promptement les douleurs habituellement si pénibles, pendant les mictions et les érections, qui se produisent au premier période de la blennorrhagie aiguë.

Cette vertu anesthésique est d'autant plus précieuses que les érections arrivent plutôt la nuit, troublent le sommeil des malades, les obligent à se lever plusieurs fois et contribuent ainsi à augmenter l'affaiblissement et le malaise général, engendrés par l'écoulement.

Combien de temps faut-il pour que l'effet sédatif se produise? Six jours en moyenne d'après nos observations et, dans cinq d'entre elles, trois à quatre jours ont suffi.

Pareil résultat est très appréciable quand on veut bien se rappeler que dans la blennorrhagie aiguë, ce n'est guère qu'au bout de douze à quinze jours que la miction devient supportable et que les érections douloureuses ne tourmentent plus les patients.

Le deuxième avantage du gonosan consiste dans son pouvoir anticatarrhal. Il suffit d'observer les malades pour constater que ce médicament diminue aussi promptement l'abondance du flux blennorrhagique que les autres balsamiques habituellement employées. Au bout de quelques jours, dans la plupart des cas, l'écoulement est réduit au point de tacher à peine le linge.

Troisième qualité du remède : c'est qu'il est admirablement supporté par presque tous les malades.

En administrant le médicament immédiatement avant le repas, chaque capsule avec un peu d'eau, je n'ai constaté, sauf dans un cas, ni dégoût, ni pesanteurs d'estomac, ni pyrosis, ni coliques, ni douleurs de rein. J'insiste sur ce dernier point, qui ne constitue pas un des moindres avantages du gonosan. On sait en effet que les souffrances lombaires sont assez fréquentes à la suite de l'administration du santal et peuvent obliger à suspendre le remède. J'ajoute enfin, qu'après l'usage du gonosan, je n'ai jamais observé le moindre érythème. La plupart des auteurs prétendent que le gonosan prévient les complications de la blennorrhagie, telles que orchi-épididymites et cystites. A cet égard, je ne me permettrai de tirer aucune conclusion, mon expérience n'étant pas suffisante. Ce que je puis dire, c'est que, sur les dix malades dont j'ai rapporté les observations, l'un d'entre eux a été atteint d'épididymite seize jours après le début de sa blennorrhagie et au bout de cinq jours de l'emploi du gonosan. Ce malade est du reste un des deux qui n'ont pas bénéficé des vertus anesthésiantes du remède.

Dernière question à envisager : le gonosan peut-il à lui seul guérir complètement la blennorrhagie? Il y a des auteurs qui prétendent que les remèdes internes ne parviennent jamais, sans le secours des injections ou des lavages, à tarir un écoulement.

Tel n'est pas mon avis et, si je m'en rapporte à mes observations, deux fois sur dix, le gonosan semble avoir produit une guérison définitive.

Le premier malade, après trente-sept jours de maladie et vingt et un jours de traitement, a quitté le service, la pression du canal, le matin, après une nuit sans miction, ne ramenant plus de goutte, et les urines ne contenant plus de filaments au fond du verre.

Chez le second, même heureux résultat, au bout de trente-quatre jours d'écoulement, et vingt jours de traitement, dont trois à l'essence de santal, le stock de gonosan étant momentanément épuisé.

Est-on en droit de considérer ces cures comme définitives? A cette question, je ne suis pas en mesure de répondre. Je considère néanmoins la chose possible, si les intéressés ont observé strictement et durant les délais requis, c'est-à-dire trois semaines à un mois après la disparition totale de l'écoulement, l'hygiène et le régime appropriés.

Quoi qu'il en soit, ce problème de l'extinction complète de la blennorrhagie ne pourra

être tranché qu'à l'aide d'observations nombreuses, longtemps poursuivies et soumises à l'épreuve habituelle de la guérison, c'est-à-dire à l'usage inoffensif de la bière.

Cette question réservée, le gonosan n'en constitue pas moins un des remèdes les plus précieux que nous possédions contre la blennorrhagie, en raison de ses propriétés anticatarrhales et surtout anesthésiques, qui permettent de l'administrer dès le début de l'écoulement, contrairement aux autres balsamiques, et d'en abréger vraisemblablement la durée, puisqu'il supprime le traitement émollient, d'ordinaire prescrit pour calmer les douleurs des mictions et des érections et favoriser le flux urétral, dont l'abondance est en raison directe de l'effet sédatif.

Le gonosan fait-il disparaître plus vite les gonocoques que les autres antiblennorrhagiques? Mon expérience personnelle est encore insuffisante à cet égard.

D'après un travail de Varges, pharmacien chimiste à Dresde, travail paru en 1905 dans le n° 45 du journal *Die medizinische Klinik*, le gonocoque ne serait plus visible au bout de dix jours chez la plupart des malades, de quatorze jours chez les autres.

Il insiste enfin sur le développement moindre et plus tardif sur agar des colonies microbiennes, qui émanent de l'urine des sujets atteints.

Toff de Braïla, dans le n° 5 du *Repertorium der prakt. Medizin*, pour 1905, explique de la façon suivante l'action du gonosan sur la rapide disparition du gonocoque.

D'après lui, l'administration du remède met en liberté dans l'urine des acides résiniques. Ceux-ci développent une réaction acide, qui tue en cinq minutes les cultures du gonocoque.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, il est risqué de conclure à l'extinction du gonocoque. Sans doute, celui-ci disparaît en apparence. Mais il peut se dissimuler au fond des glandes urétrales; on sait en effet la facilité avec laquelle il repullule sous l'influence de la moindre excitation.

Arrivé au terme de ce travail, voici les conclusions que je crois légitime d'en tirer.

Ces conclusions, je les diviserai en personnelles et étrangères.

Conclusions personnelles. — Celles qui découlent de mes observations. Elles me permettent d'affirmer :

1° Les propriétés anesthésiques remarquables du gonosan contre les douleurs des mictions et des érections;

2° Son pouvoir anticatarrhal;

3° Son innocuité envers l'estomac, l'intestin, les reins et la peau.

Conclusions étrangères. — Celles qui émanent des spécialistes, dont les recherches ont précédé les miennes et qui vantent en outre les vertus anaphrodisiaques, diurétiques et bactéricides du remède, son heureuse action contre les complications de la blennorrhagie : orchi-épididymites et cystites, dont il calme la souffrance; son action préventive enfin de la pénétration du gonocoque dans l'urètre postérieur, et comme conséquence, la rareté dans le cours de la maladie des accidents du côté de la vessie et des testicules.

Toutes ces assertions sont à vérifier. Je n'ai pas eu dans ce mémoire d'autre ambition que d'attirer votre attention sur un remède que je considère comme un apport très précieux dans le traitement de la blennorrhagie urétrale et de solliciter de votre part des recherches de contrôle, recherches que je me propose personnellement de poursuivre, aussi bien dans mon service d'hôpital que sur les malades de ma clientèle.

COMPTE RENDU

DES

SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 27 juin 1906.

Présidence de M. Le Gendre.

M. Lumière (de Lyon) présente une note de M. Chevrotier sur l'action physiologique de l'*Iodocatéchine* ou *Néosiode*. Ce corps est le résultat de l'action de l'iode sur la catechine prétanin du cachou : il paraît devoir marquer sa place parmi les médicaments iodés comme succédané des iodures en raison de l'action pharmacodynamique qu'il exerce sur la circulation. Elle se rapproche beaucoup de celle de l'iode et des iodures et, comme eux, elle provoque l'abaissement de la tension sanguine; mais, par contre, elle n'agit pas comme lymphagogue et ne provoque pas, par conséquent, d'accidents d'iodisme. De plus, elle n'est nullement irritante pour l'estomac et peut être prescrite en comprimés facilement absorbés dans le tube gastro-intestinal en raison de son dédoublement au contact de la cellule vivante, en présence des diastases. Cette iodo-catéchine possède également une action diurétique et augmente l'azote total éliminé par l'urine. Elle paraît donc être un médicament de choix pour les artérioscléreux.

M. Chevalier fait remarquer que cette préparation se rapproche beaucoup des tanins iodés qui sont employés, avec succès, dans la médecine infantile mais qu'elle possède, sur ces préparations, le gros avantage d'être un produit défini et non irritant pour l'estomac. L'action lymphagogue atténuée s'explique facilement par suite de la lenteur de sa décomposition dans l'organisme et les accidents d'iodisme qui sont dus, avec les iodures, par la mise en liberté rapide de l'iode, doivent être presque sûrement évités *a priori*.

M. Gallois apporte une intéressante observation de rein flottant ayant provoqué une sténose du pylore avec dilatation stomacale et insiste sur ce fait que la mise en place du rein fait cesser cette dilatation qui se produisait vraisemblablement par compression.

M. Le Gendre fait remarquer que ce cas est exceptionnel et qu'un rein flottant est un rein mobile et que, par conséquent, rarement il sera capable de provoquer, par son déplacement, une compression permanente du pylore. Ce fait particulier ne peut donc être pris en considération pour expliquer la genèse de la dilatation de l'estomac lorsqu'elle s'accompagne d'un rein flottant.

M. Gaultier fait une intéressante communication sur l'emploi du *gui* (*Viscum album*) dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. Administré sous forme d'extrait éthéré à la dose de 0 gr. 60 à 0 gr. 80, sous forme pilulaire, il fait cesser rapidement les hémoptysies et provoque un abaissement de la pression sanguine et une accélération cardiaque. Des recherches physiologiques pratiquées sur les animaux lui font admettre que ce médicament paraît agir en raison de son action sur l'appareil circulatoire par abaissement de la tension sanguine. Cette étude est cependant incomplète et il n'a pu noter aucune action sur les vaso-moteurs.

M. Chevalier critique les expériences physiologiques, l'anesthésie ayant été faite avec des substances provoquant la paralysie des vaso-moteurs. Pour lui, il s'agirait plutôt d'une action irritante sur l'endocarde, amenant une baisse de la pression par diminution de tonicité du myocarde. Les lésions observées sur les organes gastro-intestinaux paraissent confirmer cette hypothèse. La question mérite d'être reprise en raison des bons résultats cliniques observés.

M. A. Renault apporte quelques observations nouvelles sur l'emploi du *gonosan* dans le traitement de la blennorhagie. Ce médicament est constitué par un mélange d'essence de santal et de résine de kawakawa (*Pipermethisticum*). (*Paraîtra dans la Revue.*)

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Traitement alimentaire de la maladie de Basedow, par KONRAD ALT (*Munch. med. Woch*, 12 juin 1906). — Les avis sont très partagés sur le régime à faire suivre aux basedowiens, de sorte que les chirurgiens frappés des contradictions, ont revendiqué le traitement chirurgical de la maladie. Cependant K. Alt est convaincu qu'un régime dans la maladie de Basedow, tenant compte de tous les facteurs de la nutrition peut donner de brillants résultats, de sorte que ce n'est pas exagéré que de qualifier ici l'alimentation de thérapeutique.

Les échanges nutritifs chez les basedowiens se caractérisent par des oxydations exagérées, comme dans l'hyperthyroïdisme; il est donc possible, par une alimentation appropriée, d'empêcher la perte des forces et d'obtenir une augmentation de poids. Il faut cependant tenir compte de deux circonstances dans le genre d'alimentation à prescrire aux malades. Ceux-ci, bien souvent, comme après l'administration de fortes doses de substance thyroïdienne, présentent de la glycosurie alimentaire; la limite de la tolérance pour les hydrates de carbone se trouve abaissée, de sorte qu'on ne peut songer à couvrir les pertes de calories par les hydrates de carbone. En second lieu les œdèmes ne sont pas rares chez les basedowiens, ce qui tient à l'insuffisance rénale et à des modifications dans les échanges chlorurés. Or, tous les malades de l'auteur présentaient une insuffisance rénale très prononcée et éliminaient imparfaitement le chlorure de sodium; conséquemment, la plupart étaient œdématiés. Dès le début du traitement, ils furent mis à un régime déchloruré, composé surtout de lait. La déchloruration était en outre accélérée par l'emploi d'eau distillée gazéfiée. Une fois les œdèmes disparus, la fonction cardiaque était déjà très améliorée, sous le rapport du pouls et des troubles subjectifs. Tous les malades, sauf un, avaient de la glycosurie alimentaire et rendaient une quantité exagérée de phosphore, perte qui fut comblée par une dose convenable de protyline. L'alimentation n'a donc comporté qu'une quantité restreinte d'hydrates de carbone ; par contre, les aliments albuminoïdes et les corps gras ont dominé dans le régime, les corps gras sous forme de lait, de crème et de beurre sans sel. Sous l'influence de cette alimentation, tous les malades ont augmenté de poids très notablement, les symptômes de la maladie de Basedow ont rétrocédé, et les organes insuffisants fonctionnaient beaucoup mieux.

L. JUMON.

Maladies infectieuses.

Dr LESAGE,

Médecin des hôpitaux.

Histoire de la diphtérie et de son traitement, par le Dr ANGEL NAVADA (*Thèse Doctorat, Madrid*, 1906). — Toutes les médications employées contre la diphtérie sont empiriques, inutiles et parfois préjudiciables et barbares. Aubrun avec le perchlorure de fer ouvre une nouvelle orientation qui a donné d'excellents résultats.

Le perchlorure de fer agit en évitant les modifications que la toxine diphtérique fait subir au sang ; il agit encore en rendant au sang le pouvoir d'oxydation qu'il a perdu sous l'influence des toxines et s'il ne détruit pas l'infection, il en enraye du moins les progrès, en restituant à l'organisme le pouvoir de réaction pour l'élimination des toxines, et en permettant d'éviter les paralysies.

Par l'emploi du sérum antidiphtérique, nous accomplissons mieux qu'avec n'importe quelle

autre médication les trois indications principales : 1° s'opposer au développement du bacille de Klebs-Lœffler ; 2° neutraliser ses toxines ; 3° éviter ou combattre les infections secondaires.

La sérothérapie est le meilleur moyen de traitement contre le croup ; elle peut le guérir par elle seule ou aidée de l'intubation ou de la trachéotomie ; en même temps elle constitue le meilleur traitement de la diphtérie, quelle que soit sa localisation.

La trachéotomie connue depuis très longtemps, mais dont la vulgarisation est due à Trousseau, est un excellent moyen de traitement du croup. Le procédé préférable est celui qu'on emploie dans les hôpitaux de Paris, c'est-à-dire la trachéotomie supérieure en deux ou trois temps. On doit toujours donner le chloroforme.

Bouchut fut le premier qui pratiqua l'intubation laryngienne en 1853. Depuis 1895 on a pratiqué l'intubation avec les tubes d'O'Dwyer. On a remplacé les tubes longs (américains) par les tubes courts, énucléables (français).

L'intubation du larynx avec les tubes courts doit remplacer en général la trachéotomie ; dans les cas de croup, l'intubation est l'opération de choix ; la trachéotomie l'opération de nécessité.

Le moment opportun pour pratiquer l'intervention chirurgicale dans le croup est celui où l'on constate le signe sterno-mastoïdien de Bayeux.

Il faut intuber les malades de croup aussitôt que la dyspnée se présente, comme symptôme de sténose laryngienne, qu'elle soit due à la congestion, au spasme ou à l'obstruction par des fausses membranes.

On court plus de dangers en intubant tard que précocement. F. BERINI.

Action de la quinine sur les plasmodies de la malaria, par CHARLES F. CRAIG (*American Medicine*, mai 1906). — Dans ses études concernant l'action de la quinine sur les différents types de fièvre paludéenne et les plasmodies de la malaria, l'auteur croit devoir émettre les conclusions suivantes :

La quinine exerce une action nocive sur les plasmodies de la malaria pendant toutes les périodes de leur cycle vital chez l'homme, soit intra-globulaire, soit extra-globulaire, sauf lorsqu'on l'administre immédiatement avant la sporulation. Celle-ci n'est pas empêchée dans ces conditions, mais la plupart des spores succombent ensuite.

Les modifications morphologiques, de caractère dégénératif, produites par la quinine sur toutes les espèces de plasmodies de la malaria pendant les périodes d'évolution, montrent que, pour assurer les meilleurs résultats thérapeutiques, il faut que le sang contienne toujours de la quinine, ce qui n'est possible que si elle est administrée à doses divisées à des intervalles réguliers.

L. JUMON.

Chirurgie générale.

Dr BENOÎT,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des plaies du poumon (*Soc. de chir.*, 6 juin 1906). — Nous n'espérions pas en vain qu'une question chirurgicale de cette importance dût être plus longuement discutée. Nous avons signalé les opinions contradictoires qui se trouvent en présence en ce qui concerne l'intervention. Voici une nouvelle et significative observation de M. Routier, dont la conclusion est intéressante dans un fait tout récent de plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver, avec signes de perforation pulmonaire et d'épanchement sanguin abondant dans la plèvre. M. Routier crut préférable de s'abstenir, vu l'état de faiblesse du blessé. Il dut cependant faire une ponction qui permit l'évacuation d'un litre de sang. Le malade est en bonne convalescence et M. Routier est convaincu qu'il aurait succombé à une intervention.

A. BENOIT.

De la jéjunostomie (*Soc. de ch.*, 6 juin 1906). — Pour obtenir la continence parfaite de la bouche jéjunale, dans un cas de *jéjunostomie*, M. Quénu a songé à lui appliquer le *modus faciendi* de M. Terrier pour la gastrostomie, c'est-à-dire qu'après avoir fait la section du jéjunum et son oblitération, abouché le bout supérieur plus bas en Y, et fixé l'extrémité oblitérée du bout inférieur au péritoine pariétal, il a pratiqué sur le bout inférieur ainsi fixé une toute petite ponction. L'opéré n'a survécu que vingt jours, mais la continence de la bouche jéjunale s'est montrée parfaite.

A. BENOIT.

Du traitement chirurgical des fractures compliquées de jambe par l'appareil à prothèse externe, par M. JABOULAY (de Lyon) *in Sem. med.*, 13 juin 1906). — A propos d'un malade qui eut une fracture directe des deux os de la jambe, produite par un éboulement, l'auteur a fait la coaptation par prothèse externe, à ciel ouvert et il explique sa technique, qui réalise un progrès au point de vue du temps pendant lequel les malades sont immobilisés.

Tout d'abord, il faut se garder d'opérer les

blessés à pouls rapide, à extrémités refroidies. Il faut les laisser se réchauffer, et faire de la désinfection de la plaie, sa règle de conduite unique, dût-on attendre plusieurs jours avant d'intervenir. Pendant ce temps, on fait les drainages et les ouvertures nécessaires pour pouvoir irriguer largement à l'eau oxygénée. On y ajoutera une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique, si la plaie a été souillée de terre. Aucune résection primitive, et même, sauf le cas d'esquilles complèment détachées du périoste, aucune résection secondaire.

Le jour fixé, on ne doit pas hésiter à réaliser la coaptation parfaite, que les appareils plâtrés, véritables « cache misère » dans certains cas, et les appareils à traction élastique, se montrent si souvent impuissants à réaliser. Anesthésie poussée jusqu'à la résolution musculaire complète. Les aides font l'extension et la contre-extension comme d'habitude. Parfois, la réduction est facile; souvent, elle est entravée par la forme spiroïde des fragments, l'interposition des parties molles. On enlève, on écarte tout ce qui gêne, on modèle, au besoin, les extrémités osseuses. Cela est rarement utile, dans les fractures toutes récentes.

Jusqu'à ce jour, on s'est servi de fils métalliques, de chevilles d'ivoire, d'os décalcifié, ou encore d'agrafes de Jacoël. Tous ces procédés laissent persister un corps étranger dont l'élimination au milieu d'un abcès n'est que trop fréquemment notée. A cette *prothèse interne*, M. Jaboulay veut opposer la *prothèse externe* et, pour la réaliser, il utilise un *crampon* dont la griffe de Malgaigne était le précurseur. Mais, tandis que l'ancien procédé comportait la fixation à l'aveugle à travers les parties molles au milieu des dangers de la septicémie, le crampon se fixe, à ciel ouvert, en bonne place, sous le couvert de la plus rigoureuse antisepsie. Il s'agit d'un véritable peigne à cinq dents, le tout en acier, que l'on fixe par deux coups de maillet. Les dents pénètrent ainsi profondément dans les os et laissent, entre elles, assez d'espace libre, pour que l'on puisse suturer et panser la peau. C'est le même appareil dont il se sert depuis 1893, pour fixer les extrémités fémoro-tibiales, après la résection du genou. Les dents sont assez longues pour que le dos de l'appareil, qui est d'ailleurs compris dans le pansement, soit loin du contact de la peau. A mesure que le cal se forme, les dents jouent quelque peu, de l'ostéité raréfiante se formant autour de chaque lame. Il est alors facile de retirer le crampon du trente-cinquième au quarantième jour. On gagne ainsi six bonnes semaines sur la durée totale du traitement par les méthodes classiques.

L'indication de l'emploi du crampon de Jaboulay se rencontre aussi dans les fractures fermées anciennes, avec *consolidation vicieuse* ou pseudarthrose. Le foyer ouvert, on libère les fragments tout à son aise, on les avive, tout en évitant toute résection étendue pouvant diminuer la longueur du membre, et on applique le crampon, que l'on enlève au bout de huit semaines. La radiographie sert puissamment dans ce genre d'interventions.

On sait enfin combien sont fréquents les œdèmes persistants à la suite de fracture de jambe. Ces œdèmes sont causés par des *thromboses veineuses*, qui sont sans danger, si elles se bornent au territoire circonvoisin et exposent, au contraire, à des phlébites redoutables et à des embolies, lorsqu'elles s'étendent sans mesure. On doit donc exercer une surveillance sévère dans les membres cyanosés et ne permettre la marche qu'après avoir vérifié l'absence de thrombose vasculaire.

A. Benoit.

Traitement non chirurgical des fractures du col du fémur par Oscar H. Allio (*The Therap. Gazette*, 15 mai 1906). — Dans les cas où il y a du raccourcissement et de l'abduction, surtout chez les sujets jeunes et d'âge moyen, l'extension sera pratiquée généralement à l'aide de sparadrap, de poulies et de poids. Théoriquement la position de Lorenz, pour le traitement de la luxation congénitale de la hanche après réduction, donnerait de meilleurs résultats dans les cas où elle peut être supportée. Si la difformité est faible, on peut espérer une guérison. Le traitement se guidera sur le degré de douleur et d'impotence. Le malade se trouvera bien du repos absolu avec la cuisse un peu fléchie reposant sur un coussin. Dans la majorité des cas de fractures du col du fémur, la règle est de donner le plus de bien-être possible au patient. Souvent un bandage autour du bassin, modérément serré, ajoutera à son confort.

Il est du reste difficile de formuler des règles rigides dans les cas où l'intestin et la vessie réclament des soins fréquents et où des escarres du sacrum toujours possibles rendent le décubitus dorsal fixe impraticable. On peut observer les résultats les plus variables chez les malades atteints de ces lésions. Les meilleurs ont peut-être été observés dans les cas où l'on n'a pas cherché la réduction de la fracture et où on n'a visé qu'à ne pas accroître le traumatisme. Chez les sujets âgés on s'appliquera à éviter les escarres du sacrum. Le drap doit être changé dès qu'il est souillé et l'on tournera fréquemment le blessé du côté sain, en le maintenant dans cette position avec les oreillers. Si le patient a

été accoutumé à un lit de plumes, on ne le changera pas, surtout s'il s'agit d'un vieillard. Une bonne règle dans ces cas est de traiter le malade et de ne considérer la fracture qu'en second lieu. C'est parfois en voulant s'astreindre à des règles fixes que, sans aucun avantage, on a favorisé le décubitus. Chez les sujets très âgés, le shock est suffisant pour amener la mort qui souvent survient au bout d'une semaine.

Si l'accident a été sérieux, si la douleur et l'impotence sont graves, le patient se trouvera mieux au bout de quelque temps, en le sortant du lit pour l'asseoir sur un fauteuil. Encouragés par une certaine aisance à se mouvoir au lit avec un aide et dans la maison avec des béquilles, certains ont pu se persuader qu'ils n'avaient pas de fractures du fémur. Mais ils doivent conserver toute leur prudence et ne pas essayer de se porter sur leur membre, s'ils ne veulent pas voir leur douleur et leur impotence subitement s'aggraver. Il faut faire appel à leur patience pour la guérison. Si, après trois mois, un malade atteint de cette lésion peut marcher assez bien à l'aide de béquilles ou d'une canne, le pronostic fonctionnel du membre est favorable.

En résumé, examiner le patient sans aggraver sa lésion, éviter les escarres par des soins appropriés, asseoir au cours du traitement le patient dans un fauteuil, telles sont les règles purement médicales qui peuvent donner d'excellents résultats.

L. JUMON.

A propos du traitement opératoire des fractures, par le Dr A. ESCUDEROCARSI (*Thèse de doctorat*, 1906, Madrid). — Aujourd'hui les chirurgiens possèdent deux moyens de traiter les fractures : une la méthode classique, l'autre, plus moderne, opératoire. Dans la plupart des fractures, avec l'anesthésie, la traction, l'immobilisation dans un appareil plâtré, l'extension continue, on obtient un résultat satisfaisant. Mais il existe certaines fractures (jambe, rotule, olécrane surtout) qui exigent pour leur guérison un traitement opératoire.

La radiographie est indispensable pour le diagnostic et le traitement des fractures ; elle nous indique le degré de chevauchement ; par elle nous reconnaissons si la coaptation a été obtenue après la réduction ; enfin elle nous autorise à intervenir par l'opération.

Devant l'impossibilité d'une *restitutio ad integrum* de la forme et de la fonction, l'intervention opératoire, c'est-à-dire l'ouverture du foyer, la coaptation parfaite des fragments, la suture et l'immobilisation dans un appareil jusqu'à consolidation parfaite s'imposent.

La suture osseuse, grâce à une rigoureuse asepsie, est inoffensive ; elle doit entrer dans la pratique courante de la chirurgie.

F. BERINI.

Panaris de l'annulaire, reconstitution de la phalangine à l'aide d'un fragment d'os décalcifié, par GAIGNEROT. (*J. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1906). — Une malade de 21 ans eut un panaris de l'annulaire de la main droite à la suite d'une piqûre d'aiguille. Il s'établit une suppuration abondante et persistante qui obligea la malade à entrer à l'hôpital. Le doigt était gonflé, douloureux, déformé, la phalangine était presque complètement éliminée. La méthode de l'hypérémie passive de Bier fut employée durant huit jours sans résultat. Le doigt fut alors incisé le long du bord interne et on enleva les fragments d'os baignant dans le pus. Après cautérisation au chlorure de zinc, celle-ci fut remplacée par un fragment d'os décalcifié de même longueur et on sutura les fragments. Aujourd'hui, la malade est guérie. Le doigt a presque conservé sa forme normale. A la radiographie on voit une phalangine nouvelle, un peu épaissie, bien unifiée, possédant une articulation complète avec la phalange. On peut espérer que le doigt recouvrera ses mouvements.

L. JUMON.

Névrite radiculaire du plexus brachial, comme complication éloignée d'un traumatisme du poignet. — Nous avons parlé tout récemment des accidents portant sur le poignet, à propos de la communication de M. Delbet sur les luxations carpiennes, lésions à l'ordre du jour, à cause de leur fréquence dans les accidents du travail. M. Toubert, médecin militaire, apporte à la Société une observation de *fracture du carpe* chez un artilleur, suivie à longue échéance d'une atrophie très prononcée de tout le membre supérieur correspondant. La cause ne pouvait être qu'une névrite radiculaire du plexus brachial. On observa en outre une arthropathie du coude qui rappelait les arthrites tabétiques. Il faut donc être très réservé sur l'avenir des fonctions du membre dans les fractures du poignet.

A. BENOIT.

Traitement des hernies inguinales et crurales, par le Dr L. VAZQUEZ-ELENA (*Thèse de Madrid*, 1906). — Depuis les temps les plus reculés, les chirurgiens se sont préoccupés de la cure radicale des hernies, ce qui démontre l'importance de la question.

Pour guérir la hernie on dispose de deux

moyens thérapeutiques : les bandages et la cure radicale opératoire.

Chez les enfants et les sujets jeunes porteurs de petites hernies réductibles et récentes, capables d'être continuellement contenues par un bon bandage, on peut espérer la guérison radicale par ce moyen.

Dans la généralité des cas, les bandages sont seulement un moyen palliatif sans qu'on puisse espérer d'eux la guérison définitive, et tous ces cas sont tributaires de l'opération.

Les enfants ne doivent pas être opérés avant l'âge de sept ans, à moins que la hernie ne soit irréductible, ou ait une tendance à augmenter de volume, ou encore qu'elle soit très douloureuse. Ces cas exceptés, on peut espérer des bons résultats du bandage, à condition toutefois qu'il soit porté continuellement.

Les vieillards ne doivent pas être opérés, à moins qu'on voie survenir des accidents de strangulation, étant donnée la fréquence des complications cardio-pulmonaires, résultant des decubitus.

Chez ceux qui souffrent d'affections chroniques du cœur, des poumons ou des reins, comme aussi les individus cachectiques par n'importe quelle cause, on doit s'abstenir de la cure radicale.

Dans les cas non compris dans les précédents, en dehors des hernies volumineuses qui ont perdu droit de domicile, on est autorisé à proposer la guérison radicale.

Les procédés opératoires inventés pour la cure radicale des hernies, sont très nombreux, mais pour qu'ils donnent un résultat, ils doivent remplir les conditions suivantes : extirpation du sac herniaire, modification de son contenu et restauration du conduit inguinal.

Le sac doit être extirpé après dissection et ligature le plus haut possible. Le contenu de la hernie doit être réduit à l'intérieur de la cavité abdominale, muni d'épiploon qui doit être réséqué. Le conduit inguinal doit être restauré, si possible, avec son obliquité primitive, comme on le fait dans la méthode de Bassini; on peut aussi reconstituer la paroi en un seul plan, au devant du cordon en suturant tous ses éléments : muscle transverse et petit oblique, aponévrose du grand oblique et anneau crural.

Les procédés qui ont donné les meilleurs résultats sont ceux de Kocher, Barker et Bassini : ils appartiennent à la première catégorie; ceux de Villor, Aguilor et Girard sont compris dans la seconde.

Pendant l'opération, des accidents peuvent se présenter qu'il faut éviter; blessure de la vessie, du canal déférent, de l'intestin et des vaisseaux fémoraux.

Les hernies crurales doivent être traitées par un des procédés qui emploient la voie crurale parmi eux celui de Berger paraît le meilleur.

Les procédés qui suivent la voie inguinale doivent être délaissés, sauf s'il y a coexistence de hernie dudit conduit ou rétroversion utérine nécessitant le raccourcissement du ligament rond.

Les procédés qui suivent la voie abdominale, comme aussi les injections sclérogènes doivent être rejetés.

Dans les cas d'étranglement, on doit terminer l'opération par la cure radicale.

Avec l'asepsie, les résultats immédiats de l'opération doivent être inoffensifs.

Les résultats définitifs sont assez variables, car les statistiques publiées accusent un nombre relativement important de récidives; cependant ce nombre diminue tous les jours avec les progrès de la technique et de l'asepsie, et il faut croire qu'ils diminueront encore. F. BERINI.

Traitement de la péritonite tuberculeuse, par THOMAS GUTHRIE (*The Practitioner*, mai et juin 1906). — Dans un cas de péritonite tuberculeuse, la méthode de traitement dépend beaucoup de la forme de la maladie. A ce point de vue, l'auteur distingue trois formes : ascitique, fibreuse, caséeuse ou ulcéreuse, mais les formes intermédiaires sont très communes.

Après avoir rappelé les principales lignes du traitement médical, l'auteur discute le traitement chirurgical, puis essaye d'indiquer la méthode à employer dans chaque variété. A toute époque on a employé un grand nombre de médicaments. Les frictions mercurielles sur l'abdomen ont peut-être la plus grande réputation ; les badigeonnages iodés ont été beaucoup employés, en même temps que l'huile de foie de morue à l'intérieur; on a signalé des succès après des injections d'une solution d'iode iodurée, de frictions iodoformées, d'injection de naphtol camphré, d'huile de foie de morue créosotée et de gaïacol à l'intérieur.

Si les méthodes employées par les médecins dans la péritonite tuberculeuse ont quelque chose d'empirique, on peut en dire autant des méthodes chirurgicales. Ce fut Spencer Wells qui le premier, en 1862, fit une laparotomie dans une péritonite tuberculeuse, croyant à une tumeur de l'ovaire; contre son attente, le cas guérit complètement. Depuis cette époque on a constaté bien souvent le même fait.

On a proposé la simple aspiration du liquide, mais il s'agit d'une opération seulement palliative, car le liquide se reproduit ensuite. Très rarement la guérison se produit après une ou plusieurs ponctions aspiratrices.

Après la simple laparotomie suivie d'évacuation du liquide, le liquide se reproduit fréquemment, mais plus lentement. La plupart des chirurgiens s'accordent à reconnaître que l'ouverture simple est la meilleure et déconseillent le lavage ou le drainage. Cependant, on peut laver la cavité abdominale avec de l'eau stérilisée ou une solution saline normale à la température du corps. Quelques-uns ont introduit une petite quantité de glycérine iodoformée. Enfin certains considérant que l'air et la lumière exercent une action curative, recommandent l'exposition à ces agents pendant 10 à 15 minutes. Il est assez difficile de juger le pronostic du traitement chirurgical et du traitement médical. L'auteur, d'après sa statistique, indique une proportion de décès plus élevée par l'opération et une porportion de guérisons plus grande pour le traitement médical.

Dans la forme ascitique on s'accorde à reconnaître la nécessité d'évacuer le liquide. L'auteur conseille de commencer un traitement général et médicinal et si, au bout de quatre à sept semaines, il n'y a pas d'amélioration, de recourir au traitement chirurgical, surtout à la laparotomie si la maladie date de longtemps. Le drainage et l'iodoforme ne sont indiqués que dans les cas de suppuration.

Dans la forme plastique fibreuse, il n'y a pas lieu d'intervenir. La laparotomie ne doit être faite que comme dernière ressource en cas de lésions progressives. C'est dans ces cas que le chirurgien pourra se trouver en présence de symptômes d'obstruction intestinale aiguë et qu'il aura parfois à faire l'entéro-anastomose après résection d'une partie de l'intestin.

La laparotomie ne pourra également intervenir qu'en dernier lieu dans la forme caséeuse ou ulcéreuse. L'émulsion d'iodoforme trouve ici son emploi dans les abcès tuberculeux.

L'auteur pense que la laparotomie a contribué aux améliorations, mais si le pronostic de la péritonite tuberculeuse est plus favorable aujourd'hui qu'autrefois, c'est que la maladie a bénéficié aussi du traitement général dirigé contre la tuberculose.

L. JUMON.

Septicémie à tétragènes (*Soc. de ch.*, 13 juin 1906). — M. Kirmisson rapporte une observation adressée par M. Tillaye (de Tours). Un jeune homme de 23 ans fut pris, à la suite de marches forcées et sans aucun trauma, de douleurs vives dans la région prostatique. On constata par le toucher rectal qu'il y avait un abcès, lequel fut vidé par voie rectale. Dès le lendemain, empâtement dans la région paroidienne droite et développement d'abcès au bras et à l'avant-bras. Dans le pus de ces abcès, on trouva des *tétragènes* nombreux, accompagnés de quelques staphylocoques. D'autres abcès se formèrent ensuite, à la parotide gauche et à la jambe droite. Finalement un foyer périnéphrétique survint et le malade, affaibli progressivement, ne tarda pas à succomber.

A. BENOIT.

Procédé pour diminuer les chances d'infection dans les opérations abdominales, par A. THEILHABER (*Munch. med. Woch.*, 5 juin 1906). — Depuis l'introduction de l'antisepsie, les infections dans les opérations abdominales sont devenues rares ; elles restent cependant plus fréquentes que dans les opérations sur les extrémités. La fréquence de l'infection varie d'ailleurs selon la nature de l'intervention; elle semble être à son maximum dans les cas où il faut lier des pédicules contenant de gros vaisseaux. D'après l'étude de la mortalité opératoire, l'auteur est d'avis que le principal danger de l'infection se présente au moment où on lie les pédicules. Les cas d'asepsie surviennent lorsque l'opération dure longtemps et que l'attention de l'opérateur ou des assistants est fatiguée. Aussi, l'auteur propose, avant de faire la ligature des pédicules, de pratiquer une nouvelle désinfection portant sur les mains de l'opérateur et les instruments servant à pratiquer la ligature. L'assistant doit à ce moment se désinfecter encore une fois. Le pédicule est alors lavé avec une solution antiseptique inoffensive ; après quoi on fait la ligature, les sutures, la section du pédicule avec des instruments dont on ne s'est pas encore servi; la plaie abdominale est ensuite fermée. Les cas qui ont été opérés suivant cette règle ont évolué sans fièvre, sans réaction, ce qui n'est pas une preuve absolue de l'opinion de l'auteur. Mais cette modification à l'opération n'est nullement nuisible et n'aggrave en rien les résultats opératoires, et c'est pour cela que l'auteur l'a proposée.

L. JUMON.

A propos du traitement du cancer, par le Dr F. SANTACANA (*Thèse de doctorat, Madrid*, 1906). — Les traitements médicaux connus jusqu'à présent ne produisent jamais la guérison, et doivent être relégués parmi les traitements symptômatiques.

L'extirpation est la méthode de choix, quand le néoplasme ne s'est pas généralisé; mais cette circonstance n'étant pas facile à déterminer, on ne peut jamais *a priori* assurer le résultat ultérieur.

Les caustiques de toute sorte doivent être abandonnés.

La photothérapie produit peu d'effet sur le cancer; cependant on peut essayer les rayons ultra-violets.

La radiothérapie produit quelquefois la guérison, mais toujours en cas de tumeurs localisées.

La radiumthérapie produit aussi parfois la guérison et possède les mêmes indications que la radiothérapie, surtout dans certains points peu accessibles aux rayons de Rœntgen.

Les deux derniers traitements ont l'avantage d'être indolores et d'influer sur les hémorragies.

F. BERINI.

Association des rayons X, du radium et des courants de haute fréquence dans le traitement du cancer, par M. DE KEATING-HART (Comité médical des Bouches-du-Rhône, 9 mars 1906, in *Marseille méd.*, 15 avril 1906). — Les rayons X, étant soumis comme la lumière à la loi du carré des distances, ne parviennent, jusque dans l'épaisseur des tumeurs profondes, qu'à des doses insuffisantes, alors que déjà ils ont pu dépasser celle que la peau ou les muqueuses peuvent supporter sans lésion. Pour obvier dans la mesure du possible à ces inconvénients, voici les moyens auxquels l'auteur a recours, dont quelques-uns sont usuels et d'autres nouveaux :

1° Emploi d'ampoules dures, c'est-à-dire émettant des rayons pénétrants; 2° emploi de plaques intermédiaires filtrantes, arrêtant les rayons mous; 3° compression des tissus graisseux ou autres, interposés entre la peau et la tumeur; 4° *application d'effluves de haute fréquence* sur la peau après chaque séance radiothérapique, car de nombreuses guérisons de radiodermites ont été obtenues par ce moyen; 5° enfin, quand cela se peut, employer le *radium* à l'intérieur de la tumeur (tumeurs ulcérées).

R. BLONDEL.

Maladies de l'estomac et des voies digestives.

Dr CHASSEVANT,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Typhlocolite muco-membraneuse et appendicite (*Acad. de méd.*, 12 juin 1906). — La discussion n'est pas close sur les rapports de la typhlocolite muco-membraneuse et de l'appendicite et le Pr Dieulafoy se trouve avoir à combattre ceux-là mêmes qui écoutèrent le mieux ses doctrines. On voit en effet successivement MM. Le Dentu, Reynier et Richelot venir soutenir que, même dans les cas d'affection médicale du colon, l'appendice doit être enlevé « pour parer aux dangers de l'appendicite », et, sans préjuger aucunement la cure de l'affection, sinon causale, du moins concomitante, M. Reynier pense que l'appendicite joue même le rôle causal dans beaucoup de faits d'entérite muco-membraneuse. Il cite deux observations où cette affection a été guérie par l'intervention. Lorsqu'on voit après elle persister la typhlocolite, ne peut-on penser qu'elle est entretenue par les adhérences et brides épiploïques, reliquat de l'affection initiale?

A. BENOIT.

Typhlocolite muco-membraneuse et appendicite (*Acad. de méd.*, 19 et 26 juin 1906). — M. Dieulafoy, après avoir reconnu qu'il avait été le champion de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite, avance sur une statistique personnelle de 200 cas, jointe à la statistique de Potain, que le typhlocolite, dans la majorité des cas, ne se complique pas d'appendicite. Les chirurgiens, selon lui, sont mal placés pour juger ces cas, puisque les malades ne suivent pas d'autre traitement que le traitement médical. Cette distinction tardive suffira-t-elle à arrêter le courant que ses anciennes et catégoriques déclarations avaient créé? Les chirurgiens dont les opinions s'écartent aujourd'hui de la sienne s'appuient également sur des cas d'une authenticité absolue pour soutenir que l'appendicite est une complication éventuelle de la colite membraneuse, et c'est là que gît le débat. M. Reclus soutient en effet aujourd'hui que les faits isolés de M. Dieulafoy ne peuvent servir de base à ses déclarations, car la plupart échappent au contrôle anatomique. Par contre, il cite une statistique de M. Bernard (de Plombières) montrant que sur un millier de malades traités pour entérocolite membraneuse, 76, soit 7 p. 100, avaient été opérés d'une appendicite vraie ; la persistance des douleurs chez ces malades tient à l'affection primitive et l'on ne saurait soutenir que l'ablation de l'appendice, en supprimant un danger, leur ait été préjudiciable. M. Reclus estime, d'après son observation personnelle, qu'il y a coexistence de l'appendicite et de l'entérite muco-membraneuse dans 1 cas sur 6 environ. M. Dieulafoy se réclame en dernier lieu de l'opinion de M. Duret (de Lille) qui, bien qu'ayant trouvé et opéré plusieurs cas d'appendicite vraie chez des personnes atteintes de typhlocolite, pense que de nombreuses erreurs ont certainement été commises et que beaucoup ont été indûment opérés.

Le public extra-médical, mis au courant de la question, pensera non sans raison que ces erreurs auraient été évitées, si M. Dieulafoy avait prononcé son *distinguo* subtil avant ces dix dernières années, où l'on a vécu sous le régime de la petite terreur.

A. BENOIT.

Typhlocolite muco-membraneuse et appendicite (*Acad. de méd.*, 3 juillet 1906). — La discussion se poursuit sur l'abus du traitement opératoire et les rapports réciproques de l'entérocolite muco-membraneuse et de l'appendicite. Nous voguons en plein roman, chacun voulant voir, dans l'étiologie des troubles de la région iliaque, ce qui fait l'objet spécial de ses études. M. Blanchard nous apprend que le principal rôle dans l'étiologie de la typhlite et de la typhlo-appendicite est dévolu aux helminthes, surtout aux lombrics et aux tricocéphales. C'est en lésant directement la muqueuse que ces différents parasites causent des douleurs, tolérables ou violentes en coup de pistolet. A la faveur de ces lésions purement traumatiques, des organismes microbiens variés pénètrent dans les tuniques intestinales et y provoquent les inflammations diverses que l'on rencontre dans cette région. D'où il résulte que le traitement vermifuge est le seul qui convienne à un grand nombre de cas. On administrera le *thymol* (2 à 3 grammes de poudre par cachet de 1 gramme et *pro die*), souverain contre le tricocéphale (œufs dans les selles). Contre les lombrics, la santonine associée au calomel.

La théorie des infections internes par solution de continuité des épithéliums est trop dans les goûts du jour pour qu'on rejette sans examen cette nouvelle hypothèse ; mais jusqu'à démonstration complète, nous sommes, il faut bien le dire, dans le domaine des hypothèses.

A un point de vue plus médical, M. Huchard trouve que le terme de typhlocolite employé par M. Dieulafoy constitue une erreur. Car l'entérite locale dont il est question est un syndrome dû à l'association d'un élément nerveux, spasmodique et d'un trouble sécrétoire de l'intestin. Il ne saurait donc y avoir *appendicite par propagation*, puisque l'appendicite est une maladie inflammatoire et infectieuse, de même qu'une névralgie intercostale ne saurait engendrer la pleurésie. Son opinion, pour être différente de celle de M. Dieulafoy, en ce qui concerne l'appellation du trouble intestinal, n'en est pas moins conforme à ses théories « deuxième manière ».

Ces auteurs prétendent aujourd'hui exercer un contrôle des cas justiciables de l'intervention chirurgicale et se trouvent actuellement en opposition formelle avec les chirurgiens, leurs anciens auxiliaires, ainsi que nous l'a appris récemment la voix autorisée de plusieurs d'entre eux qui prirent la parole dans la dernière séance. A. BENOIT.

A propos des fausses appendicites. (*La Clinique*, 15 juin 1906). — L'émoi est grand parmi les chirurgiens à la suite du mouvement réactionnaire dont M. Dieulafoy (!) a pris le commandement. M. Rochard manifeste son inquiétude que cette nouvelle et fâcheuse orientation ne cause des désastres, en laissant les malades s'endormir dans une trompeuse assurance. Il est d'avis que l'entéro-colite muco-membraneuse, débaptisée par M. Dieulafoy, est la vraie cause de l'appendicite et que si de nombreux malades ont guéri par des saisons à Plombières et à Châtel-Guyon, d'autres, revenant sans amélioration de ces stations thermales, sont venus demander l'intervention qui les a complètement délivrés de douleurs rendant la vie insupportable. A. BENOIT.

Dysenterie sporadique (avec bacille de Shiga), traitement, par ROBERT SAUNDBY (*Brit. med. J.*), 9 juin 1906). — En général, les malades atteints de cette variété de dysenterie, ont eu à plusieurs reprises des atteintes de diarrhée grave. Les selles sont très nombreuses et varient de 12 à 30 en vingt-quatre heures. Elles sont toujours liquides et contiennent du sang et du mucus ou du pus. Au microscope, elles semblent composées exclusivement de pus. La quantité de sang peut varier. La douleur n'est pas constante, et quand elle existe elle n'a, en général, pas de relation avec les repas. Il ne faut même pas attacher trop d'importance au ténesme qui peut être très tardif. Les vomissements peuvent être fréquents. La température est généralement au-dessus de la normale, et lorsque la fièvre est persistante, le pronostic est grave. Le pouls est habituellement au-dessus de 100. La mort peut être due à une perforation de l'intestin, plus souvent à l'épuisement. La guérison est souvent incomplète.

Le traitement consiste d'abord à faire garder le lit jusqu'à ce que les malades soient assez rétablis pour pouvoir s'alimenter sans voir revenir la diarrhée. La quinine est le médicament de choix et se donne aux fortes doses de 1 gramme à 1 gr. 20, qu'on fait suivre de doses plus petites de 0 gr. 30 à 0 gr. 60. Le calomel doit aussi être donné au début aux fortes doses de 1 gramme à 1 gr. 20. Le malade prendra de grandes irrigations d'eau chaude. Comme régime, l'auteur conseille le lait avec des pâtes, des farines, du bouillon de mouton.

Enfin, Fingland a recommandé comme antidysentérique, l'extrait fluide d'une plante américaine, appelée *hysteroica*.

J. JUMON.

Action du café et du cacao sur la sécrétion du suc gastrique par L. PINCUSSOHN (*Munch. med. Woch.*, 26 juin 1906). — Il n'existait pas jusqu'à présent des recherches exactes sur l'action du café et du cacao sur la sécrétion du suc gastrique. Sasaki a trouvé que le thé arrête la sécrétion en se servant du repos fictif chez un chien œsophagotomisé. Paulowski a recherché l'influence du thé et du café sur la digestion pepsique et a constaté une action d'arrêt sur cette digestion. L'auteur a repris les expériences en se servant de la méthode de Pawlow consistant à faire un cul-de-sac sur la grande courbure. La quantité de café employée était de 20 grammes pour 300 grammes d'eau en infusion. Sous l'influence du café on constate une augmentation à la fois de l'acidité totale, la quantité absolue d'acide et la quantité du suc gastrique. On observe le même fait avec un succédané, par exemple le café de Malt, mais l'augmentation de sécrétion est moins considérable. Si on compare maintenant l'action du thé à celle du café et de l'eau, on voit que le thé augmente la sécrétion gastrique dans une proportion inférieure à l'eau. Quant au cacao, pauvre en matières grasses, son action sur la sécrétion gastrique est notablement supérieure à celle du café; par contre, cette sécrétion est très abaissée si on emploie un cacao riche en beurre, résultat qui est certainement attribuable à la présence des matières grasses. On peut donc opposer au point de vue spécial étudié par l'auteur le café et le cacao maigre au thé et au cacao gras. L. JUMON.

Traitement de la gastroectasie consécutive à la sténose du pylore, par le Dr M. NOVOA (*Thèse de doctorat*, Madrid 1906). — Il faut distinguer entre la dilatation de l'estomac et la gastroectasie: la première signifie toujours augmentation de la capacité de l'organe, la seconde implique en plus de l'insuffisance motrice.

Parmi les causes productrices, intrinsèques et extrinsèques, les premières sont les plus importantes, et parmi elles le rétrécissement du pylore occupe une place prépondérante.

De la diversité des origines dépendent les différentes formes morbides.

Il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de la gastroectasie : on peut les diviser en subjectifs et objectifs : les premiers donnent seulement des probabilités; les seconds assurent le diagnostic.

Dans les cas observés par l'auteur, la gastroectasie était consécutive à la rétraction cicatricielle d'ulcères ayant siégé dans le pylore ou ses environs.

Le diagnostic différentiel devra être fait avec la mégalogastrie, la gastroptose (Glénard), l'atonie et la dyspepsie nerveuse.

Le traitement se divise en médical et chirurgical; le premier accomplit seulement des indications symptômatiques ; le second est curatif.

Parmi les procédés opératoires proposés, la gastro-entérostomie occupe le premier plan.

Les résultats sont d'autant plus favorables qu'on opère plus près du commencement de l'affection.

F. BERINI.

Applications du lavement électrique, par le Dr VICENTE NAVARRO (*Revista de Especialidades*, mai 1906, Madrid). — Le lavement électrique est dans tous les cas une ressource thérapeutique précieuse. Bien manié il n'offre aucun danger.

Il constitue le traitement d'élection dans la colique de plomb. Il peut être utile dans certains cas d'intoxication.

Il faut que le lavement électrique soit appliqué le plus tôt possible ; dès qu'on a constaté les symptômes de l'occlusion, on ne perdra pas surtout du temps avec les purgatifs qui épuisent la contractilité de l'intestin, et diminuent de la sorte le pouvoir de l'électricité.

Administré à temps, le lavement électrique pourra éviter souvent une intervention sanglante ; et dans le cas où celle-ci deviendrait nécessaire, on se trouvera en présence d'un malade capable de bien supporter l'opération.

F. BERINI.

Les cholécystites typhoïdiques suraiguës, par M. LEJARS (*Sem. méd.*, 27 juin 1906, n° 26). — L'auteur examine l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les suppurations vésiculaires qui viennent parfois compliquer la fièvre typhoïde. La matière est délicate, car on sait combien les typhiques supportent mal le choc opératoire ! Aussi est-il indispensable de bien s'assurer que l'urgence est formelle et que l'on offre au malade la seule chance qui lui reste d'échapper à un péril mortel. Exemple :

Tandis qu'un typhique s'achemine parfois vers la convalescence, il survient tout à coup des douleurs abdominales, des vomissements, de la fièvre, avec altération du facies. Le ventre est distendu surtout à droite, mais *sans douleur maxima*. L'état général s'aggrave. On aura à

vérifier les trois hypothèses : la *perforation* intestinale, la plus attendue, l'*appendicite perforante*, enfin la *cholécystite* suraiguë qui peut être aussi *perforante* d'emblée. En tout cas, on ne s'attardera pas trop, car dans l'une ou l'autre éventualité, l'intervention s'impose : « elle est tout aussi nécessaire dans la complication vésiculaire que dans l'appendicite ou la perforation intestinale. » S'il y a perforation, le procédé de choix est la cholécystectomie. S'il y a suppuration, ce sera la *cholécystostomie* qu'il faudra pratiquer. L'évacuation du pus et le drainage donnent un excellent résultat immédiat.

Appareil pulmonaire.
Cœur et vaisseaux,

Dr G. LYON,

Ex-chef de clinique à la Faculté de Médecine.

Indications et résultats des cures de bains carbo-gazeux dans le rétrécissement mitral, par le Dr J. HEITZ (*Archives médico-chir. du Poitou*, juin 1906). — Depuis quelques années les bains carbo-gazeux ont pris une grande place dans le traitement des états cardio-vasculaires. Ils sont caractérisés par leur action tonique sur le myocarde, qui est lente, mais durable. L'auteur s'est occupé des indications de ce traitement chez les malades atteints de sténose mitrale non compliquée d'insuffisance, de rétrécissement pur, mais en établissant des catégories. Ces indications sont étudiées chez les malades dont la lésion est bien compensée; chez ceux qui souffrent plus ou moins de leur lésion, sans que leur santé générale en soit trés altérée et qui se trouvent seulement aux premiers stades de l'insuffisance cardiaque ; chez ceux qui sont arrivés au stade d'hyposystolie, enfin, chez les asystoliques dont la lésion n'est plus compensée.

De ses diverses observations, l'auteur conclut que le rétrécissement mitral peut être avantageusement traité à la période d'insuffisance cardiaque simple, ou même au début de la période d'hyposystolie, par les bains carbo-gazeux. Exception est faite pour les malades chez qui les symptômes apparaissent dès la période de puberté ; le pronostic est alors assez sombre. Pour que les résultats de la cure carbo-gazeuse se maintiennent, il faut veiller surtout à empêcher le retour des causes de la rupture de la compensation.

Cependant, même dans la période favorable, il est des malades atteints de sténose chez lesquels la cure est contre-indiquée ; l'association à la sténose d'une large insuffisance mitrale assombrit beaucoup le pronostic. Parmi les symptômes qui contre-indiquent l'emploi des bains, il faut noter les signes de thrombose auriculaire (cyanose des lèvres et des extrémités), les hémoptysies répétées et enfin les grandes dilatations du ventricule droit avec stase hépatique, embolies antérieures, œdème malléolaire, albuminurie avec cylindres.

La dyspnée est quelquefois difficile à réduire, mais tous les autres symptômes de la sténose mitrale sont en général considérablement atténués, parfois tout à fait effacés par l'action des bains carbo-gazeux qui constituent une des meilleures méthodes thérapeutiques à notre disposition pour lutter contre l'insuffisance cardiaque.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux.

Dr P. SAINTON,

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine.

Causes et traitement de quelques formes de vertiges, par A.-C. DUTT (*Treatment*, juin 1906). — D'après les recherches modernes, la classification des vertiges est beaucoup simplifiée. Le vertige est un symptôme essentiellement central ; mais, pour la facilité de la description, Dutt admet la classification suivante : central (direct ou indirect), gastrique, vasculaire, toxique, labyrinthique.

Le vertige central peut être causé par l'épilepsie, les tumeurs et les abcès de l'encéphale, du cervelet, de la protubérance, etc., le tabès dorsal, une sclérose insulaire, la parésie des muscles de l'œil, les vices de réfraction, les affections nasales, la migraine, la neurasthénie et l'hystérie. Le traitement doit chercher à supprimer la cause lorsqu'elle est accessible ; plus souvent on est obligé d'instituer un traitement symptômatique et parfois simplement empirique par les bromures, les anti-spasmodiques, les nervins.

Dans le vertige d'origine nasale, on évitera l'impression des odeurs et des essences.

Le vertige le plus commun est celui qui résulte d'une affection gastrique ou abdominale. Lorsqu'il tient à une affection de l'estomac, les principes généraux du traitement sont les suivants : régime lacté exclusif pendant quelques jours dans les cas graves, éviter le sucre, les graisses et les farineux ; donner un verre ou deux d'eau chaude une demi-heure avant les repas, un gramme de bicarbonate de soude dans

une infusion amère, après les repas, pepsine et noix vomique, solution chlorhydrique. La pancréatine peut être donnée une heure et demie après le repas.

Le vertige peut être d'origine intestinale et tenir à la constipation chronique, à l'absorption de produits sulfurés ou aromatiques dans l'intestin.

Le vertige vasculaire peut tenir à un état pléthorique, ses symptômes sont bien connus. Le repos, les applications froides sur la tête, les ventouses scarifiées à la nuque, les purgatifs salins, les bromures et l'ergot sont indiqués.

Il peut tenir à la chlorose, aux anémies de diverses origines. Le traitement consiste dans le repos, le changement d'air, l'emploi des bromures, de la strychnine, des préparations ferrugineuses, de l'huile de foie de morue.

L'artériosclérose est une cause très fréquente de vertige sénile. On recommandera la réduction des aliments, la suppression totale de l'alcool et les exercices. Parmi les médicaments le calomel, l'arsenic et la noix vomique sont utiles ; certains recommandent les bromures, la trinitrine et l'iodure de sodium.

Les vertiges toxiques peuvent être causés par des maladies infectieuses ou toxiques, par des médicaments, certains aliments et liquides.

L. JUMON.

Blennorragie et chorée, par BOISSONNAS (*Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1906). — La chorée peut être observée comme complication de la blennorragie; en même temps on peut voir du rhumatisme blennorragique et des complications cardiaques.

C'est une complication rare de la blennorragie, mais elle est d'un pronostic réservé ; elle est ordinairement d'une durée plus longue que la chorée ordinaire, et assez rebelle au traitement. Il y a lieu de traiter à la fois la blennorragie et la chorée par les moyens ordinaires.

M. DESCHAMPS.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Dr COURTADE,

Ancien interne des hôpitaux.

Traitement des affections chroniques non suppurées de l'oreille moyenne par la galvanisation tubo-tympanique, par MALHERBE (*Ann. d'électrobiologie et de radiologie*, février 1906). L'auteur divise les otites moyennes, chroniques, dites sèches, en deux grands groupes :

A. *Tubo-tympanites ;* les lésions surtout localisées à la caisse et à la trompe, sont caractérisées par la néoformation ou l'épaississement de brides fibreuses, immobilisant plus ou moins la chaîne des osselets ou par de la sclérose avec soudure de l'étrier.

B *Tympano-labyrinthite* dans laquelle les altérations sont d'origine nerveuse et produisent une néoformation spongieuse du labyrinthe ; il s'agit très probablement d'une lésion dégénérative secondaire du trijumeau, d'une trophonévrose d'origine toxémique.

Dans une deuxième forme les lésions de la caisse sont diffuses et sont d'origine vasculaire ; on l'observe dans l'arthritisme, l'artério-sclérose, le neuro-arthritisme et elle atteint les personnes plus âgées.

La thérapeutique doit s'appliquer aux divers ordres de lésions. Dans les tubo-tympanites, il faut : 1° ramollir ou détruire les brides fibreuses de nouvelle formation ; 2° mobiliser l'appareil transmetteur; la galvanisation tubo-tympanique est le moyen le plus capable de modifier l'état de la muqueuse.

Le traitement des tympano-labyrinthites est plus complexe ; sans avoir la prétention de guérir complètement l'affection, on doit néanmoins intervenir : 1° pour tenter de ralentir la marche du processus ; 2° pour combattre les symptômes si pénibles qu'accusent certains malades.

Appliquée dès le début, la galvanisation peut amener des modifications appréciables ; il n'est pas rare de voir diminuer ou cesser les bourdonnements d'oreilles.

Les vertiges sont la seule contre-indication à ce traitement.

L'instrumentation se compose : 1° d'un courant continu obtenu soit avec une batterie de piles, soit avec le courant continu de la ville avec réducteur du potentiel, d'un milliampéremètre et d'une montre ; 2° de bougies spéciales isolées sur toute leur longueur, sauf aux deux extrémités ; l'extrémité libre est terminée par une petite olive en platine légèrement apatie, l'autre extrémité reçoit le fil du pôle négatif ; 3° enfin de catheters de différentes grosseurs.

La technique est la suivante : après avoir placé le catheter et s'être assuré qu'il est dans la trompe, on y introduit la bougie, préalablement lubréfiée, et reliée au pôle négatif.

Le pôle positif ou indifférent est appliqué sur le bras ou le cou du malade, sous forme d'une large électrode. On fait passer le courant avec une intensité progressive ; s'il existe une résistance dans la trompe, elle ne tarde pas à céder et la bougie pénètre dans la caisse. Le courant employé varie suivant les cas et peut

aller de 2 à 6 milliampères et la durée de l'application est de 5 à 10 minutes.

La galvanisation ne doit provoquer aucune douleur et ne donner lieu à aucun vertige, sauf à l'ouverture du courant où le vertige est généralement peu accusé et fugace.

Le mode d'action du courant galvanique est complexe : il produit une décomposition des solutions salines contenues dans les tissus et une action caustique due à la soude mise en liberté.

Les phénomènes physico-chimiques ne sont pas purement locaux et limités aux points de contact de l'électrode, mais se font encore sentir à distance dans l'intimité des tissus.

Comme il faut rendre à César ce qui appartient à César, nous sommes obligés d'avouer que cette méthode d'électrisation que M. Malherbe croit nouvelle est, à la vérité, déjà ancienne ; elle a été appliquée par Mercié, Baratoux qui ont publié en 1882 et 1884 la technique de ce mode d'électrisation. M. Baratoux, notamment, réserve la galvanisation aux cas ou la dilatation de la trompe d'Eustache résiste à l'emploi des bougies dilatatrices ; le courant continu détermine l'électrolyse des tissus et par conséquent une destruction limitée comme on peut l'observer dans l'électrolyse du nez.

A. COURTADE.

Tumeur bénigne de la cloison des fosses nasales, par MAGNAN (*Ann. Méd.-Chir. du Centre*, avril 1906). Un malade de 55 ans éprouve un peu de gêne respiratoire nasale, puis des douleurs crâniennes et enfin présente des épistaxis. En juin 1905, on constate l'existence d'une tumeur de la fosse nasale gauche dont on extirpe une partie. En septembre l'obstruction nasale est complète ; le Dr Magnan enlève à l'anse froide un morceau de tumeur gros comme une châtaigne ; mais il en reste encore dans le rhino-pharynx ; le point d'implantation est à la partie moyenne du tiers postérieur de la cloison ; ce qui reste est enlevé à l'anse froide puis à la pince.

L'examen microscopique de la tumeur révéla sa nature myxomateuse mais elle était en voie de dégénérescence et sarcomateuse par îlots.

La récidive a lieu en trois semaines et nécessite une nouvelle intervention ; après l'extirpation de la tumeur, la cloison est curettée énergiquement au niveau du pédicule et cautérisée. Un mois après, il faut encore intervenir et la cloison est très largement cautérisée ; cette fois, il n'y a pas eu de rechute depuis 5 mois et le malade semble guéri.

Les polypes muqueux sont d'une bénignité complète, si l'âge du malade ne favorise pas leur dégénérescence fibromateuse ou sarcomateuse ; leur implantation sur la cloison favorise cette dégénérescence.

Les papillomes, les petits fibromes subissent assez souvent cette dégénérescence spontanément ou après une intervention incomplète. Les sarcomes se développent rapidement et déforment les cavités accessoires avant de se généraliser.

Les tumeurs des fosses nasales peuvent disparaître sans récidive, quelle que soit leur nature cellulaire : 1° si on parvient à les enlever avant leur trop complet développement ; 2° après une ou plusieurs récidives, si les tissus voisins ne sont pas dégénérés ; 3° si les ganglions ne sont pas envahis.

A part le carcinome, la guérison définitive des tumeurs intra-nasales dépend moins de leur forme anatomo-pathologique que de leur ancienneté, de leur point d'implantation et de leur développement.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes. — Maladies de la peau.

Dr MOREL-LAVALLÉE,
Médecin des hôpitaux.

Le traitement abortif de la syphilis par la méthode intensive, par R. DUHOT (*Annales de la policl. de Bruxelles*, mai 1906). — L'auteur définit le traitement abortif de la syphilis un traitement médical qui par une mercurialisation rapide et énergique du début empêche la généralisation du spirochète dans l'organisme, semblant cantonner le mal sur place, le réduisant au chancre et à sa pléiade ganglionnaire, l'affaiblissant ensuite jusqu'à extinction, de sorte qu'aucune manifestation secondaire ne puisse être observée, malgré les recherches et l'attention la plus minutieuse et malgré les moyens d'investigation les plus approfondis.

Les expériences de l'auteur ont porté sur 134 cas, dont 6 cas douteux, ayant présenté quelques lésions mal caractérisées de la gorge.

Les conditions de la réussite du traitement abortif sont les suivantes :

Commencer le traitement avant le douzième jour qui suit l'éclosion du chancre.

Employer comme méthode les injections solubles, le calomel ou plus pratiquement l'huile grise à doses intensives. Donner à la première cure le maximum d'intensité compatible avec la résistance intégrale de l'organisme, et une durée minimum de quatre mois.

Poursuivre les cures suivantes par des séries plus faibles suivant le traitement chronique intermittent de la syphilis. L'auteur s'est arrêté aux injections d'huile grise, parce qu'elles réalisent mieux que toute autre méthode la possibilité du traitement intensif, qui est une condition indispensable de la réussite du traitement. Dans cette première attaque de la diathèse, il faut porter la mercurialisation à la limite de résistance intégrale de l'organisme et, d'après l'auteur, il faut toujours atteindre le chiffre de quinze à vingt injections, ce qui fait en moyenne une cure de quatre mois. Il faut faire les trois premières piqûres tous les cinq jours, les trois suivantes tous les dix jours et pour le reste de la série, on peut mettre huit jours d'intervalle entre chacune d'elles. Chaque piqûre donne une seringue entière de Barthélemy d'huile grise à 40 p. 100, soit 0,14 centig. de mercure. L'intoxication ne se produit pas si l'on a soin d'assurer l'intégrité des émonctoires de l'organisme.

Parmi les précautions à prendre pour éviter les accidents, l'auteur conseille de faire suivre l'injection d'huile grise d'une seringue d'air ou de sérum artificiel, afin de bien vider l'aiguille et d'éviter toute traînée de mercure sur son trajet. Une fois l'aiguille en place, il faut attendre quinze à vingt secondes avant de procéder à l'injection, car l'écoulement sanguin se fait parfois lentement par l'aiguille. Quant à la dose de 0,14 centig. de Hg, elle doit devenir la dose moyenne.

La méthode est formellement contre-indiquée chez les vieillards, les cachectiques, les alcooliques invétérés avec insuffisance rénale, les artérioscléreux, les saturnins et les goutteux, les femmes enceintes atteintes d'albuminurie.

L. JUMON.

Association du mercure et de l'arsenic dans le traitement de la syphilis par les injections, par R. KAMPRATH (*Wien. Med. Woch.*, 2 juin 1906). — L'auteur a employé dans un certain nombre de cas de syphilis une combinaison d'acide méthylarsinique et de salicylate basique de mercure, un centimètre cube de la solution aqueuse renfermant 0 gr. 0115 de mercure métallique et 0 gr. 004 d'arsenic. Le traitement a été employé dans les périodes secondaires de la maladie et seulement dans les cas graves et chez les sujets anémiques, scrofuleux et affaiblis par la cachexie syphilitique ou autre. Dans la plupart des cas 15 à 18 injections suffisent pour faire disparaître les symptômes, ce qui permet d'éviter le traitement local. Les injections ont été bien supportées et n'ont pas produit d'accidents locaux.

Ces injections chez des sujets anémiques ou affaiblis ont produit une augmentation rapide des globules rouges, une diminution des globules blancs et une augmentation de l'hémoglobine ; en même temps, l'état général s'est relevé, le poids corporel a augmenté et les malades ont présenté une tendance plus marquée à la guérison dans les formes graves. C'est dans ces cas que l'arsenic associé au mercure peut favoriser de bons résultats.

L. JUMON.

Indications des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis, par le Dr JOUGALEZ-UBIEUX (*Revista Medica de Mexico*, n° 20, 1906). — Les injections de sels mercuriels sont indiquées pour l'auteur dans les cas suivants : quand il y a phagédénisme du chancre ; dans les cas de syphilides généralisées confluentes, avec tissus infiltrés à tendance ulcéreuse ; dans les syphilides papuleuses étendues ; dans l'ecthyma ; dans les psoriasis plantaire et palmaire ; dans les gommes précoces et dans les plaques muqueuses récidivantes ou persistantes ; il en est de même dans les cas de déterminations viscérales précoces ; iridochoroïdites, néphrites, à condition de s'assurer auparavant de la perméabilité rénale.

Elles sont encore indiquées dans les cas d'accidents nerveux précoces, indices d'une gravité exceptionnelle, avec répercussion vers l'encéphale (par artérite) ou la moelle (myélite spécifique diffuse), dans la fièvre syphilitique intense et dans celle qu'on observe dans la grossesse.

Dans la période tertiaire : 1° glossite tertiaire (il faut se rappeler que la forme gommeuse peut être confondue avec le cancer et que l'iodure de potassium serait contre-indiqué dans ce cas) ; 2° dans le syphilome ano-rectal qui plus tard nécessite souvent l'intervention chirurgicale ; 3° dans les syphilis hépatiques qui ressemblent souvent à la cirrhose atrophique ; 4° dans la syphilis laryngo-pulmonaire ; 5° dans les gommes du rein ; la néphrite véritable apparaît dans la période secondaire, et l'interstitielle et parasyphilitique chez les anciens malades ; 6° dans les altérations cardio-vasculaires, bien que le plus souvent l'origine syphilitique en soit méconnue : les gommes du myocarde qui se manifestent par des symptômes vagues et se terminent par rupture du cœur. Parmi les lésions vasculaires sont comprises les artérites et les phlébites ; les premières très fréquentes dans l'encéphale ; 7° dans les autres altérations de l'encéphale : méningites gommeuses dans les gommes périostées et intracrâniennes, ainsi que dans la paralysie de la

troisième paire, non tabétique, qui est presque toujours de nature syphilitique ; 8° dans les lésions osseuses (gommes de la voûte palatine) ou articulaires.

Elles sont encore indiquées dans toutes les affections parasyphilitiques, les leucoplasies, le tabès, la paralysie générale, l'anévrysme, etc. ; dans les cas de syphilis héréditaire tardive ; kératites, otites, lésions des os du nez, lésions ulcéreuses du pharynx ; les lésions pulmonaires, méningées, etc.

Et enfin toutes les fois qu'il y a intolérance du côté des voies digestives.

F. BERINI.

Traitement chirurgical des ulcères variqueux de la jambe, par le Dr JOSÉ CADAJALDI (*Revista de Especialidades, Madrid*, 1906). — Le traitement chirurgical des ulcères de la jambe est rationnel, car il s'adresse à la cause même de l'ulcère.

Un seul procédé n'est pas applicable à tous les cas. Les ulcères récents, de peu d'extension, peuvent être traités avec garantie de réussite par les greffes de Tiersch, les scarifications ou l'élongation des nerfs; les ulcères chroniques, rebelles, et de grande extension par la résection de la saphène ou par l'incision circonférentielle de la jambe. Les ulcères situés au niveau de la face antéro-interne de la jambe et accompagnés de dilatation de la saphène interne seront traités par la résection large de celle-ci, car la ligature est en général insuffisante.

L'incision circulaire de la jambe, selon le procédé de Mareschi, réussit surtout dans les ulcères annulaires ou situés sur la face externe.

Les cicatrices des ulcères traités par la résection de la saphène interne sont plus solides, plus résistantes que celles obtenues par d'autres procédés ou par le repos seulement.

F. BERINI.

Maladies des Voies urinaires.

Dr DESCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dangers du traitement abortif de la blennorragie par les injections de sublimé, par ASCH (*Münchener mediz. Wochenschrift*, 1905, n° 25). — L'auteur rapporte les observations de cinq malades qui, au début d'une blennorragie, avaient fait des injections de sublimé en solution variant de 1/1000 à 1/500. Il s'était produit une tuméfaction inflammatoire de la verge, de la rétention d'urine, et un rétrécissement s'était rapidement développé.

A l'examen urétroscopique, il a vu dès le deuxième jour des brides cicatricielles et des zones d'infiltration dure, ainsi qu'une inflammation très intense des glandes de Littre et des lacunes de Morgagni.

Les rétrécissements furent traités par la dilatation progressive, d'abord avec des bougies en gomme, puis avec des Béniqué, et aussi par des attouchements à l'iode sous le contrôle de l'urétroscope.

M. DESCHAMPS.

Difficultés de diagnostic des rétrécissements urétraux, par MINET (*Bulletin médical*, 3 février 1906). — Tous les dysuriques ne sont pas des rétrécis, et tous les rétrécis ne sont pas dysuriques : le diagnostic de rétrécissement ne doit donc pas être fait d'après l'interrogatoire du malade, mais d'après l'exploration du canal.

L'exploration du canal doit renseigner non seulement sur la présence et le degré de striction du rétrécissement, mais sur sa qualité ; on doit savoir si le tissu pathologique est dilatable, car on peut observer tous les degrés entre la période initiale des infiltrations embryonnaires et la période du tissu fibreux inextensible.

L'exploration doit se faire avec l'explorateur de Guyon à boule olivaire. En dehors du rétrécissement vrai, d'autres obstacles peuvent arrêter la boule de l'explorateur : une valvule voisine du méat, certains culs-de sac formés par la muqueuse refoulée au voisinage du rétrécissement, une fausse route ; dans ces cas le diagnostic ne peut se faire d'une façon certaine que lorsqu'on a franchi l'obstacle et pénétré dans la vessie en essayant diverses bougies : en outre, la bougie introduite dans une fausse route ou dans un cul-de-sac est refoulée au dehors avec plus d'élasticité que par le rétrécissement, et la fausse route saigne facilement. Le spasme du sphincter membraneux arrête souvent la boule ; on peut le franchir en insistant par une pression douce ; en cas de résistance, une bougie fine ou un Béniqué arrivent toujours à passer. Lorsque le rétrécissement est au voisinage du sphincter, il arrive qu'on ne sent plus la boule au périnée, le diagnostic du rétrécissement doit être fait au retour de l'exploration après qu'on en a choisi un capable de le franchir. La sensation de ressaut au retour peut être donnée par des replis de la muqueuse, surtout au cul-de-sac du bulbe, au voisinage du sphincter, à l'angle pénien.

Les urétrorragies antérieures (faux-pas du coït, éjaculations sanglantes), les péri-urétrites diffuses, les dilatations suivies d'hémorragies, l'électrolyse difficile, sont autant de commé-

moratifs qui feront penser à un rétrécissement difficilement dilatable. Les rétrécissements péniens paraissent être les moins dilatables, à cause de leur origine (péri-urétrite ou traumatisme). Il est important de connaître aussi, dans la première séance, la limite de la dilatation facile ; le passage de l'explorateur peut être facilité par celui d'une bougie. La palpation externe du canal sur la bougie métallique peut renseigner sur le degré de dureté de la paroi. L'urétroscopie, quand le calibre porte le n° 25, renseigne sur l'inflammation du canal et montre certains épaississements de la muqueuse qui peuvent être l'amorce de futurs rétrécissements (faux rétrécissements inflammatoires) : à ce niveau la muqueuse est œdématiée et rougeâtre au lieu d'être blanchâtre comme elle est au niveau d'un rétrécissement vrai ; ces épaississements inflammatoires peuvent se montrer d'ailleurs au cours d'une dilatation et faire croire à une récidive immédiate du rétrécissement.

Malgré tous ces caractères, on ne peut bien connaître la dilatabilité d'un rétrécissement, qu'à la façon dont progresse la dilatation ; cependant le signe le plus certain, c'est la dilatabilité électrique ; un rétrécissement qui ne se laisse pas dilater par le courant continu est un rétrécissement à sectionner. M. DESCHAMPS.

Infection amœbienne de la vessie sans fistule recto-vésicale, par MAC DILL et MUSGRAVE (*Medical News*, 16 décembre 1905). — La présence d'amœbes a déjà été signalée dans la vessie de certains malades porteurs d'une fistule vésico-intestinale ou d'une affection du tube digestif ; dans cette observation il s'agit d'un malade qui ne présentait aucun antécédent intestinal.

Ce malade, à la suite de douleurs lombaires droites, fut traité par des lavages de vessie à l'eau boriquée faits avec une sonde de Nélaton ; puis on fit l'exploration vésicale dans le but de rechercher s'il n'y avait pas un calcul. Quelques jours après l'exploration, il eut des signes de cystite et on trouva des amœbes dans son urine ; il n'y en avait pas dans les matières fécales. Le diagnostic de la genèse de ces accidents fut rectifié et on reconnut que les douleurs lombaires du début étaient dues à un rein mobile, et que la présence d'amœbes dans la vessie était probablement due à la malpropreté de l'infirmier qui faisait les lavages vésicaux après avoir donné ses soins à des dysentériques occupant la même salle d'hôpital. Les amœbes disparurent après une dizaine de lavages vésicaux quotidiens faits avec une solution de sulfate de quinine d'abord à 0 gr. 20 p. 100, puis portée progressivement à 1 p. 100.

M. DESCHAMPS

Traitement des suppurations chroniques prostatiques et périprostatiques, par DESNOS (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1er mars 1906). — Les abcès de la prostate n'ont pas toujours les allures aiguës classiques ; souvent les phénomènes généraux sont très brefs et le pus s'évacue par l'urètre en se mêlant plus ou moins à l'urine. Ces abcès peuvent guérir spontanément mais souvent aussi ils constituent une suppuration chronique, continue ou intermittente, provenant de l'évacuation insuffisante de la collection prostatique. Les périodes de rémission sont quelquefois assez longues pour faire croire à la guérison, puis la suppuration se rétablit à la suite d'un refroidissement, d'une excitation sexuelle, d'un cathétérisme, quelquefois même spontanément.

Dans l'intervalle des poussées aiguës, le malade n'observe qu'un peu de fréquence des mictions, quelquefois une légère cuisson à la miction, de temps en temps une goutte purulente au méat, surtout sous l'influence du passage du bol fécal, quelques filaments, et un peu de pus dans le premier jet d'urine. Au toucher rectal on sent une masse lobulée qui s'étend d'un ischion à l'autre, mollasse, dépressible ; certaines zones sont plus molles sans être franchement fluctuantes, séparées les unes des autres par des zones indurées. Cliniquement les poussées présentent l'ensemble des symptômes fonctionnels des abcès de la prostate, dysurie, douleur, ténesme etc..., mais elles se caractérisent par une durée relativement courte.

Les massages, les lavages, la dilatation ne peuvent être utiles que dans les cas récents : lorsque les lésions sont chroniques, l'intervention chirurgicale s'impose : l'incision de la prostate par le rectum constitue un drainage insuffisant, il faut aborder la collection suppurée par la voie périnéale. L'incision sera celle de la prostatectomie ; on introduira un doigt ganté dans le rectum pour servir de guide et éviter de le perforer, car sa paroi contient souvent des cavités secondaires ; toutes les cloisons qui séparent les cavités de l'abcès sont effondrées avec le doigt ou un instrument mousse et on trouve généralement entre les vésicules séminales, sous le cul-de-sac péritonéal, le foyer principal. Il faut en outre inciser l'urètre prostatique sur un cathéter placé au début de l'opération ; le doigt introduit dans l'urètre prostatique recherche alors les cavités s'ouvrant directement dans le canal pour les ouvrir extérieurement ; un drain est ensuite placé dans la vessie par l'orifice de l'urètre prostatique et évacue toute l'urine hors de la plaie ; ce drain est enlevé vers le quatorzième jour, et remplacé par une sonde à demeure, il est destiné à

empêcher l'urine de stagner dans les cavités ouvertes ; d'autre part une sonde à demeure risquerait d'empêcher la cicatrisation des clapiers en provoquant de la suppuration : un autre drain entouré d'un tampon de gaze est placé dans l'espace rétro-prostatique et enlevé au bout de quelques jours. Lorsque le drain vésical est enlevé la cicatrisation est très rapide ; il faut même veiller à ce qu'elle se fasse bien du fond vers la superficie.

M. DESCHAMPS.

La lithiase rénale et la colique néphrétique, par LEGUEU (*Journal de médecine interne*, 15 février 1906). — La lithiase est secondaire quand elle est produite par la précipitation des phosphates dans une urine alcalinisée par l'infection ; elle est primitive lorsqu'elle résulte de l'insuffisance des combustions de l'organisme. Les causes de la lithiase sont l'hérédité arthritique, l'excès de l'ingestion et l'insuffisance de l'élimination. L'abus de certains aliments (viandes, gibier, oseille, tomates, chocolat), la suralimentation (lithiase chez les enfants tuberculeux suralimentés), l'insuffisance des boissons, la vie sédentaire, l'abus des voitures, sont les causes les plus communes. L'influence du repos et de l'insuffisance des boissons sont manifestes ; on voit souvent une colique néphrétique éclater à la suite d'un long séjour au lit. La race anglo-saxonne y est particulièrement prédisposée : les gens de la classe aisée sont plus fréquemment atteints à cause de leur genre de vie.

Le calcul se forme dans le rein, à l'embouchure du canalicule urinifère dans le calice, sous la forme d'un gravier microscopique qui, entraîné par le courant de l'urine, grossit progressivement s'il n'a pas été éliminé. Le calcul formé séjourne dans le rein, ou est entraîné vers la vessie en déterminant une colique néphrétique, ou quelquefois en ne provoquant aucune douleur.

Les accidents de la lithiase sont des accidents de migration (colique néphrétique) ou d'obstruction (anurie, hydronéphrose) ou des accidents infectieux.

La colique néphrétique peut s'annoncer par des douleurs lombaires, de l'hématurie prémonitoire, ou quelquefois débuter brusquement par une douleur violente sur le trajet de l'uretère, irradiée vers le testicule ou la grande lèvre, la verge, du ténesme, des envies fréquentes d'uriner, de l'oligurie, souvent une hématurie légère moins abondante que l'hématurie prémonitoire ; la face est pâle, le pouls petit, le ventre météorisé. La période terminale est marquée par la cessation de la douleur, de la polyurie, quelquefois une hématurie abondante, et assez souvent l'émission du gravier. Quelques formes intermittentes peuvent se prolonger pendant une à trois semaines.

Le diagnostic doit se faire avec la colique hépatique, qui a des irradiations vers l'épaule droite, l'appendicite qui présente une contracture abdominale plus accentuée et pas de signes urinaires. Le même tableau clinique peut être dû à l'hydronéphrose intermittente, mais on a alors une augmentation de volume du rein.

Le traitement de la colique néphrétique consiste à calmer la douleur par la morphine, le chloral, l'antipyrine en lavements, et à faciliter la diurèse par les bains et les boissons aqueuses.

Le traitement de la lithiase consiste à diminuer les productions par l'exercice, les frictions sèches, les massages, le régime (réduction des viandes, suppression des cervelles, ris de veau, tomates, oseille, asperges), et à favoriser l'élimination par les eaux diurétiques (Vittel, Evian, Contrexéville) et les dissolvants de l'acide urique (benzoate de soude et de lithine, urotropine, sidonal, lycétol) ; le lycétol est le plus puissant de ces dissolvants puisque l'urate qu'il forme est vingt-trois fois plus soluble que l'urate de lithine.

M. DESCHAMPS.

Contribution au diagnostic et au traitement de la tuberculose rénale, par SUTER (*Gynaæk. Helvet*, 1904, p. 210). — Au début, il n'y a que de vagues douleurs dans la région lombaire ; les hématuries ne sauraient être un symptôme du début, elles seraient toujours dues à une rupture d'anévrismes caverneux et postérieures à l'apparition de la pyurie. Avec celle-ci apparaissaient des troubles vésicaux qui attirent surtout l'attention.

L'examen de l'urine révèle la présence du bacille tuberculeux, et l'absence d'autres microbes ; deux fois seulement sur 42 cas de tuberculose rénale, l'auteur a trouvé du staphylocoque et du colibacille associés au bacille de Koch.

Le diagnostic du côté malade peut être aidé par la palpation qui montre quelquefois de la douleur à la pression et une augmentation de volume de rein ; la cystoscopie peut aussi donner des renseignements ; mais tous ces signes manquent le plus souvent. Le renseignement le plus sûr est donné par le cathétérisme uretéral qui renseigne aussi sur la valeur fonctionnelle du rein supposé sain après épreuve de la phloridzine, du bleu de métylène, et l'examen cryoscopique ainsi que le dosage de l'urée.

L'opération idéale est la néphrectomie : il faut se borner à la néphrotomie lorsque l'état

de l'autre rein est insuffisant, lorsque l'état du malade ne permet pas une longue intervention et enfin dans les cas de poches suppurées volumineuses adhérentes aux parties voisines et dont l'ablation serait périlleuse à cause de ces adhérences.

M. DESCHAMPS.

Pyélo-néphrite grippale, par NARICH (*Revue médicale de la Suisse Romande*, février 1906). — L'auteur rapporte un cas de pyélo-néphrite observé au cours de la grippe ; il croit que cette complication n'a pas été décrite, la néphrite grippale étant seule connue jusqu'ici sans participation du bassinet.

Le malade était vierge de tout antécédent urinaire : au cours d'une grippe franche présentant son syndrôme habituel, céphalalgie, toux et fièvre, éclatèrent soudain des signes de péritonite : vomissements porracés, constipation, ballonnement abdominal, facies grippé, lipothymie, hypothermie (chute de la température 38°5 à 36°), en même temps violente douleur dans l'hypocondre gauche. Au bout du cinquième jour les urines devinrent franchement purulentes ; vers le dixième jour le pus diminua un peu, tandis que les symptômes péritonéaux augmentaient d'intensité. Enfin sous l'influence du traitement (théobromine, caféine, sabol), les urines augmentèrent et le pus diminua, les signes de péritonite cédèrent. Le diagnostic fut pyélonéphrite gauche, d'origine grippale, avec péritonisme.

M. DESCHAMPS.

Hématurie rénale consécutive à une diphtérie, par LAMBERT (*Rev. clin. et thér. des mal. des organes génito-urinaires*, avril 1906). — Il s'agit d'une malade qui eut des hématuries totales à la suite d'une angine diphtérique guérie depuis trois jours sans sérothérapie. En même temps il y avait de la douleur à la pression dans la légion lombaire gauche, de la pollakiurie. On fit le diagnostic de néphrite hématurique unilatérale d'origine toxique.

On continua le régime lacté, on administra des hémostatiques à l'intérieur : on prescrivit en outre l'immobilité, l'application de la glace en permanence sur l'hypocondre et des émissions sanguines répétées dans l'angle costo-vertébral. La malade guérit : si le traitement avait échoué, on se serait décidé à pratiquer une néphrotomie avec drainage.

M. DESCHAMPS.

L'eau salée en chirurgie urinaire, par PASTEAU (*Assoc. franç. d'urologie*, 1905). — Chez certains malades dont la muqueuse urinaire est très irritable ou irritée, l'auteur préconise les lavages à l'eau stérilisée salée à 7 gr. 50 p. 1000, qui est bien mieux supportée que les solutions antiseptiques ou même l'eau simple.

Cette solution n'est pas irritante ; on a pu injecter dans une vessie 18 seringues de 160 gr., deux fois par jour, sans provoquer aucun phénomène d'irritation. Elle n'a pas d'action destructive sur les cellules épithéliales comme l'eau simple et les antiseptiques même très dilués. Elle dissout bien les caillots sanguins et désagrège facilement les grumeaux purulents ; l'évacuation vésicale est rendue ainsi plus facile, surtout lorsqu'il s'agit de grandes hémorragies qui obligent à pratiquer l'aspiration. S'il reste du liquide de l'injection dans la vessie, son absorption ne peut être que favorable à l'organisme, puisqu'il s'agit en somme de sérum artificiel. Enfin un dernier avantage, c'est qu'il est facile de se procurer cette solution dans n'importe quel milieu : l'ébullition pendant une demi-heure pourra remplacer la stérilisation.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique.

Dr R. BLONDEL,
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité.

La stérilité chez la femme, causes et traitement, par J.-K. KELLY (*The glasgow med. J.*, juin 1906). — Dans un cas de mariage stérile on doit d'abord songer à la possibilité de la stérilité chez l'homme ; ce n'est que lorsqu'on l'a éliminée qu'il faut considérer la variété des états qui produisent la stérilité chez la femme.

Les conditions de la fertilité chez la femme sont la sécrétion d'un œuf normal par l'ovaire, la rencontre de cet œuf avec un spermatozoïde normal dans la partie supérieure du canal génital et un état normal de la couche épithéliale ciliée de ce canal.

Les maladies de l'œuf sont si mal connues qu'on est obligé de se limiter à l'étude des conditions du canal génital.

L'auteur cite d'abord la classe des atrésies vulvaires dont les unes, dues à des malformations congénitales, sont incurables. D'autres se prêtent à la dilatation mécanique. De même la constriction du vagin peut être une cause de stérilité. Parfois celle-ci pourra être due à la réaction acide des sécrétions vaginales qui détruisent les spermatozoïdes. Il faudra recommander ici les injections alcalines.

Du côté de l'utérus, beaucoup de causes peuvent amener la stérilité. La plus commune est

l'endométrite ; viendraient ensuite les lésions du col, allongement, sténose. Mais la sténose cause la stérilité plutôt en déterminant l'allongement du col et l'endométrite. Le curettage et l'amputation du col donnent en général les résultats les plus satisfaisants.

Les lésions utérines produites pendant le travail ont souvent pour résultat de rendre la femme stérile ; il en est ainsi de la déchirure du col à laquelle on rémédiera. Parmi les déplacements utérins, la rétroversion joue un grand rôle dans l'étiologie de la stérilité. L'arrêt de développement et l'atrophie de l'utérus sont des causes qu'on ne soupçonne pas toujours, la santé de la femme restant bonne ; il peut même se manifester une tendance à l'obésité. Il est difficile d'espérer ici une guérison.

Les lésions de la trompe, qui empêchent sa fonction en tant qu'oviducte, déterminent toujours la stérilité ; on connaît la fréquence de ces lésions.

Du côté de l'ovaire, l'épaississement de la capsule qui peut être dû à une affection inflammatoire s'accompagne de lésions kystiques et gêne la fonction ovarienne. Mais ce sont surtout les adhérences qui troublent la déhiscence des follicules de Graaf. Ces inflammations de l'ovaire sont presque toujours la conséquence de la propagation des lésions de la trompe. Une fois que l'ovaire est envahi par la suppuration, la stérilité est absolument incurable. Si l'ovaire est simplement encapsulé par des membranes, on pourrait obtenir la guérison en détruisant les adhérences et en créant un orifice artificiel dans la trompe, puis en fixant le fond de l'utérus à la paroi abdominale.

L'auteur considère la blennorrhagie comme une cause de stérilité plus fréquente que la syphilis. Il faut ajouter ensuite les inflammations puerpérales qui affectent la trompe et l'ovaire. Pour résumer, l'auteur croit que, dans beaucoup de cas, on peut rémédier à la stérilité.

L. Jumon.

Extirpation totale du vagin (*Soc. de. chir.*, 13 juin 1906). — Une observation de M. Duval, relatée par M. Faure, appelle l'attention sur un procédé opératoire qui semble utilisable dans l'ablation du *cancer du col utérin* ; chez la malade en question, il y avait récidive à la cicatrice vaginale. Le chirurgien fit une opération combinée périnéo-abdominale. Après avoir entièrement disséqué le vagin, il le sutura en bourse pour le fermer et l'extirpa par voie abdominale.

Cette méthode convenait bien au cas auquel elle s'appliquait. Quant à la généraliser à tous les cas d'hystérectomie pour cancer (M. Segond), il n'y a pas d'avantage à désinsérer le vagin préalablement dans les cas opérables. Et si l'utérus est immobilisé par des lésions trop étendues, il faut s'abstenir.

A. Benoit.

Etude étiologique de la rupture de l'utérus gravide et conséquences qu'on peut en déduire au point de vue de la prophylaxie et du traitement, par le Dr J. Ruiz Cautreras (*Thèse de doctorat*, 1906). — La plupart des causes prédisposantes agissent de plusieurs façons ; plusieurs de ces causes se trouvent souvent réunies.

Il arrive souvent que l'utérus qui a souffert une rupture se déchire de nouveau s'il survient un nouvel accouchement.

La plupart des ruptures de l'utérus pourraient être évitées si l'on faisait à temps certaines manœuvres ou opérations tocologiques, pratiquées soigneusement et selon les règles de l'art.

L'ergot de seigle doit être proscrit entièrement, tant que l'utérus n'est pas vide. Il convient d'interdire toute nouvelle grossesse à la femme ayant souffert précédemment d'une rupture de la matrice, quand on ne peut supprimer certaines causes très manifestes de rupture telle que le rétrécissement pelvien.

Il faut encore défendre des accouchements ultérieurs à toute femme ayant subi une opération césarienne, si la voie pelvigénitale ne permet pas à un fœtus de passer facilement.

Si nous sommes appelés pour assister à l'accouchement d'une femme qui auparavant a souffert de rupture de l'utérus ou a subi une opération césarienne nous devrons la soumettre à une surveillance scrupuleuse, et nous serons préparés pour intervenir dès que l'indication se présentera.

La laparotomie appliquée systématiquement donne un plus grand nombre de guérisons que l'application systématique aussi d'un traitement obstétrical.

Quand les bords du déchirement se trouvent en bon état et qu'on ne craint pas qu'il puisse y avoir infection, on peut faire la suture au lieu de l'hystérectomie.

Il convient que la suture de la matrice soit suivie de l'extirpation des trompes, afin d'empêcher une nouvelle grossesse, si certaines causes de rupture, tel un rétrécissement pelvien, doivent persister.

Quand la rupture ne réunit pas les conditions nécessaires pour que la cicatrisation se passe par première intention, on doit pratiquer une hystérectomie, de préférence la subtotale.

F. Behini.

Pharmacologie.

Dr E. VOGT,
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève.

L'héliothérapie. — Action thermo-photo-chimique des rayons solaires sur notre organisme, par le Dr EDUARDO MASIP. (*Communication au Congrès de Lisbonne, La Salud Publica. Valencia*, avril 1906). — La lumière solaire agit comme agent physiologique, hygiénique et thérapeutique. Les phénomènes thermo-photo-chimiques produits sur l'organisme par les rayons solaires peuvent s'expliquer principalement par l'absorption et l'action réflexe.

Les vibrations synchroniques entre l'éther transmetteur et notre organisme produisent l'absorption des rayons solaires, thermiques, lumineux ou actiniques; le défaut d'isochronisme entre eux a pour résultat leur réflexion. On peut en dire autant de la partie obscure du spectre solaire.

La lumière solaire agit sur l'organisme sous la double action des agents physico-dynamogènes-microbicides, modifiant les fonctions cellulaires et détruisant l'élément pathogène.

Les résultats obtenus par la lumière solaire sont en raison directe de leur durée et de leur intensité.

L'héliothérapie produit deux phénomènes essentiels sur notre organisme: un d'excitation, et l'autre de dépression, effets avec lesquels on peut traiter beaucoup de maladies (dermatoses, goutte, rhumatisme, lupus, tumeurs malignes, superficielles, etc.). Ce procédé thérapeutique est destiné à occuper une place importante dans l'art de guérir. F. BERINI.

Contribution à l'étude thérapeutique des quinquinas et de leurs alcaloïdes, par le Dr DONNYS JARNIO (*Revista Especialidades*, janvier 1906). — La division qu'on fait des quinquinas en gris, jaunes et rouges n'a pas sa raison d'être, puisque le même arbre contient les trois. La division rationnelle devrait se baser sur les alcaloïdes et autres principes auxquels les écorces doivent leurs propriétés curatives.

Les travaux faits sur cette précieuse substance portent à employer le quinquina calisaya ou royal comme type des préparations, car il est le plus complet au point de vue de la teneur en principes actifs.

L'analyse chimique confirme la complexité de ces écorces : on trouve un glucoside, trois acides et vingt-quatre alcaloïdes parmi lesquels la quinine, la cinchonine, la quinidine et la quinoléine sont les plus employés.

La quinine exerce sur tous les appareils de l'économie une action bien manifeste ; mais c'est sur la circulation et le système nerveux que son action apparaît le plus ; elle diminue le nitrogène et l'urée éliminés et modère notablement les combustions organiques.

Les quinquinas et ses alcaloïdes principaux exercent sur l'hématozoaire de Laveran une action toxique, mais non sur les bactéries et infusoires.

Prise à petites doses, on la trouve au bout d'une demi-heure dans l'urine et la salive ; elle s'élimine aussi par la transpiration, et au bout de douze heures elle a disparu de l'organisme. Les fortes quantités retardent l'élimination.

La cinchonine est convulsivante d'après ce qu'on a observé chez les animaux, beaucoup plus toxique que la quinine et d'une action moins efficace ; elle s'élimine plus lentement.

Le quinquina doit être préféré à ses alcaloïdes dans les états cachectiques du paludisme et dans les fièvres adynamiques, quand on cherche à obtenir un effet tonique.

Ces préparations produisent des effets surprenants dans les névralgies intermittentes ; ces effets sont supérieurs souvent à ceux des narcotiques. Ils agissent en remplissant deux indications : l'analgésique et la curative.

Dans les ulcères de forme torpide, la décoction de quinquina est un très bon remède.

Dans le paludisme, la quinine et ses sels ne produisent pas l'hypertrophie de la rate comme on l'a supposé : pour combattre la malaria sous n'importe quelle forme, c'est un médicament précieux. F. BERINI.

De l'emploi, en collyres, du benzoate de lithine et de l'iodure de potassium (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, 15 avril 1906). — BOURGEOIS a recours à ces deux médicaments pour combattre les opacités de la cornée et du cristallin.

Le benzoate de lithine en solution dissout le phosphate et le carbonate de chaux précipités, ces sels se retrouvent fréquemment dans les leucomes de la cornée. La solution recommandée par l'auteur est la suivante :

Benzoate de lithine.....	0 gr. 50.
Eau distil. stérilisée.....	10 gr.

Us. Ext.

On instille trois à quatre gouttes entre les paupières, deux fois par jour.

On enregistre toujours une amélioration rapide, mais la guérison est parfois longue à obtenir.

L'iodure de potassium ne s'adresse qu'aux opacités du cristallin. L'auteur se sert du collyre suivant :

Iodure de potassium...	0 gr. 25
Eau dist. stérilisée.....	10 gr.

Us. Ext.

Une à deux gouttes matin et soir. Faire précéder au besoin, de l'instillation de deux à trois gouttes d'un collyre à la cocaïne à 1 p. 100.

Ce traitement est capable d'enrayer la marche des cataractes commençantes, et son action est d'autant plus manifeste que les sujets sont plus jeunes.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

XVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Lille, 1er au 4 août 1906). — *Programme des travaux et excursions* : mercredi 1er août : 9 heures matin : Séance solennelle d'ouverture du Congrès, dans la salle des fêtes du Conservatoire, place du Concert ; — 11 heures matin : — Visite du palais des beaux-arts, place de la République. — 2 heures soir : Séance à la Faculté de médecine, amphithéâtre d'histoire naturelle, place Philippe-Lebon. — Premier rapport. — Psychiatrie. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. — Rapporteur : M. le Dr M. DIDE, de Rennes. — 8 heures 1/2 soir : Réception offerte à l'Hôtel de Ville par la municipalité.

Jeudi 2 août : Excursion à Bailleul. — Départ en chemin de fer de la gare de Lille à 8 heures 20 matin. — Arrivée à Bailleul à 7 h. 20. — Visite de l'Hôtel de Ville, du Musée de Puydt, de l'Asile public d'aliénées. — 1 heure après-midi : Déjeuner offert dans le parc de l'Asile des aliénées par la Commission de surveillance. — 4 heures après-midi : Excursion en voiture à la Trappe du Mont-des-Cats. — Retour en chemin de fer par la gare de Bailleul, à 6 h. 50 soir. Arrivée à Lille à 7 h. 1/2.

Vendredi 3 août : 9 heures matin. — Séance à la Faculté de médecine, amphithéâtre d'histoire naturelle, place Philippe-Lebon. — Communications diverses. — 2 heures soir : Deuxième rapport : Neurologie. — Le cerveau sénile. — Rapporteur : M. le Dr A. LERI, de Paris.

Samedi 4 août : 9 heures matin. — Séance à la Faculté de médecine, place Philippe-Lebon. Communications diverses. — 2 heures soir. Troisième rapport : Médecine légale. La responsabilité des hystériques. — Rapporteur : M. le Dr R. LEROY, de Ville-Evrard. — 9 heures soir : Punch offert par le Dr GRASSET, président du Congrès.

Dimanche 5 août : Visite et banquet à l'Exposition internationale de Tourcoing. Départ de la gare de Lille à 9 heures du matin. — Visite de la ville de Roubaix et du parc de Barbieux. 11 h. 1/2 matin : Réception des congressistes par la municipalité à l'Hôtel de Ville. — 1 h. après-midi : Banquet par souscription dans un des pavillons de l'Exposition. — 4 heures soir : Visite de l'Exposition et de ses attractions.

Lundi 6 août : Excursion et séance du Congrès à Boulogne-sur-Mer. — 7 h. 10 matin : Départ de Lille. — 9 h. 51 matin : Arrivée à Boulogne. — 10 h. 1/2 : Réception et vin d'honneur, offert par la municipalité à l'Hôtel de Ville. — 11 heures : Séance du Congrès dans une des salles de l'Hôtel de Ville. — 1 heure après-midi : Déjeuner en corps. — 3 heures : Visite de la ville (les monuments, le port, la plage). — 6 heures 19 soir : Retour à Lille.

Mardi 7 août : Excursion à Saint-Pol-sur-Mer et à Zuydcoote. — 7 h. 2 matin : Départ de Lille. — 8 h. 51 : Arrivée à Dunkerque et départ en voiture pour le Sanatorium de Saint-Pol-sur-Mer. — 11 heures : Visite du port de Dunkerque, sous les auspices de la Chambre de commerce. — 1 heure après-midi : Déjeuner en corps au Casino de Malo-Terminus. — 2 heures : Départ pour le Sanatorium de Zuydcoote. — 5 heures soir : Retour à Dunkerque.

Dislocation du Congrès. — A l'occasion du Congrès, il est organisé une excursion à Londres. Départ de Lille, le 8 août, à 11 h. 31 matin, pour arriver à Londres à 5 h. 1/5 soir. — Séjour à Londres le 9 et le 10 août. — Départ de Londres le 11 août, à 11 heures matin, pour rentrer à Lille à 4 heures 34 du soir. Prix du voyage, 210 francs par personne, tous frais compris (chemin de fer, bateau, voitures, nourriture, hôtel, guides, etc.).

N.-B. — L'excursion à Londres ne pourra s'effectuer que si elle comprend au moins vingt voyageurs. Les adhésions devront parvenir au secrétaire général pour le 22 juillet au plus tard. — Pour tous renseignements concernant le Congrès, prière de s'adresser à M. le Dr G. CHOCREAUX, médecin en chef, asile d'aliénées de Bailleul (Nord).

BIBLIOGRAPHIE

Nouveau Formulaire magistral de thérapeutique clinique et de pharmacologie, par le Dr ODILON MARTIN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon. Préface du professeur GRASSET (de Montpellier). 1 vol. in-18 de 900 pages, sur papier extra-mince, cartonnage souple : 9 francs (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Le *Nouveau Formulaire magistral* du Dr O. Martin vaut plus et mieux qu'un *formulaire*.

Un formulaire est en effet, étymologiquement et par définition, un *Recueil de formules*, c'est-à-dire que, dans le formulaire classique, sur chaque substance, l'article débute par une ligne de caractéristique physique ou chimique ; puis viennent trois lignes sur la posologie aux divers âges et sur les incompatibilités chimiques, et ensuite s'alignent les formules, empruntées à l'un ou à l'autre, avec le nom des maladies auxquelles on *peut* les appliquer.

Il y a bien tout cela dans le formulaire du Dr Odilon Martin. Mais il y aussi autre chose : il y a sur chaque médicament un chapitre résumé de thérapeutique.

La formule n'est utile que si le médecin en connaît bien les indications et les contre-indications : le livre ne doit pas seulement lui enseigner les *maladies* dans lesquelles il faut la prescrire, mais les *malades* auxquels elle sera utile ou nuisible.

C'est pour cela que le Dr Odilon Martin ne se borne pas à une sèche énumération en deux colonnes, contenant : l'une, les formules, et l'autre, les maladies. Il expose d'abord la *pharmacologie* du médicament, puis ses actions *physiologiques*, son histoire à travers l'économie (*absorption*, transformations, *élimination*) ; les premiers signes de l'*intolérance* (*toxicité*) ; de là, il déduit les *applications thérapeutiques* (*indications* et *contre-indications*) ; expose les *modes d'administration* et les *doses*, les *incompatibilités* (en précisant les conditions particulières dans lesquelles certains médicaments sont incompatibles), et enfin les diverses *formules* avec leurs indications particulières et respectives.

Ne peut-on dire que c'est là le plan d'un *Précis de thérapeutique* qui au formulaire a uniquement emprunté son titre et l'ordre alphabétique d'exposition.

Avec un livre comme celui-là, le praticien saura formuler non seulement dans une maladie donnée, mais chez un sujet donné, en tenant compte de son tempérament, de ses antécédents héréditaires et personnels, physiologiques ou pathologiques, de la période de la maladie, de sa forme, de ses complications. En un mot, tout médecin capable de faire d'abord un diagnostic vrai, précis et complet, pourra, avec un formulaire de ce genre, faire une bonne thérapeutique, rationnelle et appropriée.

La cure de déchloruration dans le mal de Bright et dans quelques maladies hydropiques, par le Dr Fernand WIDAL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Cochin, et le Dr Adolphe JAVAL, lauréat de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 96 pages, cart., 1 fr. 50 (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris).

Dans cette *Actualité médicale*, le Dr Widal, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, expose les principes et les applications de la cure de déchloruration dont il a été le promoteur, il y a quelques années. Cette méthode diététique, qui a pour base la restriction des chlorures alimentaires, a été rapidement mise à l'épreuve et est aujourd'hui d'une application courante.

En dehors du mal de Bright, les régimes hypochlorurés ont trouvé leur application dans les cardiopathies, les ascites, les phlébites, les dermaties suintantes.

M. Widal expose d'une façon saisissante les résultats que l'on peut obtenir du régime déchloruré.

La pratique de la cure de déchloruration exige des notions préalables sur les besoins de l'organisme en sel, sur l'équilibre chloré et les rapports entre la chloruration et l'hydratation, sur l'imperméabilité rénale relative pour les chlorures, sur la nature des accidents relevant de la rétention chlorurée et sur les caractères qui les distinguent de ceux observés en cas de rétention azotée. M. Widal a donc commencé par étudier chacune de ces questions avec les développements qu'elle comporte.

Puis il passe à la pratique de la déchloruration et termine son intéressante monographie par une étude détaillée de la composition des régimes déchlorurés.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ RUE CASSETTE, 17. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les Consultations des nourrissons. — M. Budin rappelle à l'Académie quelle est l'organisation des Consultations de nourrissons; dès leur création, en 1892, on s'est proposé : 1° d'y recevoir chaque semaine les enfants jusqu'à l'âge de deux ans, de les examiner, de les peser et de conseiller leurs mères; 2° d'y encourager l'allaitement au sein; 3° quand les mères étaient ou devenaient insuffisantes, d'y distribuer, en quantité nettement déterminée, du lait stérilisé de bonne qualité.

Dans les villes de population limitée, si les enfants qui suivent les consultations meurent moins, il doit en résulter un retentissement sur la mortalité infantile de toute la commune : les bons résultats obtenus sont alors indiscutables. C'est en effet ce qu'on observe généralement. Le Dr Alexandre, maire de la ville d'Arques (Pas-de-Calais), y a fondé une consultation au commencement de 1905 : pendant les cinq années qui avaient précédé, la mortalité infantile était de 190 p. 1000, elle est descendue à 112 et 101 p. 1000; à Saint-Pol-sur-Mer, la mortalité s'est abaissée de 288 à 151 p. 1000; à Varengeville (Seine-Inférieure), de 145 à 77 p. 1000. Il en a été de même dans un grand nombre de villes du Pas-de-Calais et de l'Yonne, ainsi que le montrent les chiffres publiés par MM. Viret et Mavoir, inspecteurs départementaux.

Ces résultats heureux sont dus à plusieurs causes et particulièrement au rétablissement de l'allaitement au sein qui tendait à disparaître de tous les côtés. Si on montre bien aux mères les avantages qui peuvent en résulter pour leurs enfants, elles les nourrissent; le Dr Panel (de Rouen) a vu le nombre de ces allaitements au sein s'élever de 1 à 60 p. 100; les Drs Bresset et Carel, de Paris, de 40 et 61 à 81,4 p. 100; le Dr Ausset, de 22 à 77 p. 100, à Saint-Pol-sur-Mer; MM. Blin et Blin, d'Elbeuf, de 0 à 37,5 p. 100; le Dr Poupault, à Varengeville-sur-Mer, de 0 à 75 p. 100.

L'État et certains chefs d'industrie encouragent maintenant de leur mieux chez les personnes qu'ils emploient l'allaitement au sein. Ces idées se répandent de plus en plus, et on voit aujourd'hui à Paris un certain nombre de patrons qui autorisent leurs ouvrières, blanchisseuses ou autres, à donner le sein à leur nourrisson.

Les Consultations de nourrissons offrent encore cet avantage qu'elles peuvent s'adapter à beaucoup d'autres institutions, par exemple aux crèches et à la surveillance des enfants en vertu de la loi Roussel. Les Mutualités maternelles en ont fondé un assez grand nombre dans le département de la Seine, et les enfants y sont admis et surveillés pendant dix-huit mois. Les derniers chiffres publiés par M. Félix Poussineau montrent que, dans ces conditions nouvelles, 87 p. 100 des mères ont nourri au sein; cette proportion est considérable dans les milieux ouvriers où l'on considère, en général que les femmes, de par leur situation sociale, sont dans l'impossibilité d'allaiter.

Les Consultations de nourrissons rendent donc de réels services; il en existe maintenant un très grand nombre dans certains départements : dans l'Yonne (106), dans le Pas-de-Calais (191), dans la Gironde, etc. Il s'en fonde de nouvelles un peu partout, en particulier dans le Rhône, dans les Alpes-Maritimes, dans le Nord, etc.

Leur diffusion se produit aussi à l'étranger, ainsi que l'ont montré les divers rapports présentés, il y a trois semaines, au Congrès d'Assistance publique de Milan.

Congrès préhistorique de France (Vannes, 21 août-26 août 1906). — *Programme général.* — Le second Congrès préhistorique de France s'ouvrira à Vannes, le mardi 21 août 1906, sous la présidence de M. Adrien de Mortillet, rédacteur en chef de l'*Homme préhistorique*, professeur à l'Ecole d'Anthropologie de Paris, président de la Société Préhistorique de France, et se clôturera le dimanche 26 août au soir.

Mardi, 21 *août*. — Le matin, séance publique d'inauguration à dix heures, au Théâtre. — Dans l'après-midi, première séance de travaux. Correspondance. Nomination du Bureau définitif. Communications et discussions scientifiques. — Visite du Musée de la Société Polymathique du Morbihan. — Le soir, réception à l'Hôtel de Ville, offerte par la Municipalité.

Mercredi, 22 *août*. — Le matin et l'après-midi, séances pour la continuation des communications et discussions scientifiques. — Visite des principaux monuments de la Ville. — Le soir, à neuf heures, conférence sur les *Monuments mégalithiques*, par M. Adrien de Mortillet.

Jeudi, 23 *août*. — Le matin et l'après-midi, séances de travaux, continuation et fin des communications et discussions scientifiques. — Visite aux environs immédiats de la Ville. Les séances des travaux du Congrès se tiendront chaque jour (21, 22 et 23 août), au Palais de Justice de Vannes. Le Secrétariat du Congrès sera installé au Palais de Justice. Il sera ouvert dès le lundi 20 août, chaque jour, le matin, de neuf à onze heures; dans l'après-midi, de deux heures à cinq heures.

Excursions générales. — *Vendredi*, 24 *août*. — Excursion en bateau à vapeur dans les îles du golfe du Morbihan. — Visite de Locmariaquer. — *Samedi*, 25 *août*. — Excursion dans la région de Quiberon, Plouharnel et Erdeven. — *Dimanche*, 26 *août*. — Excursion à Carnac et aux environs.

Il sera publié ultérieurement un programme détaillé de ces excursions indiquant, *pour chacune d'elles*, les localités et les monuments préhistoriques divers (alignements, menhirs, dolmens, etc.), qui seront visités par le Congrès, ainsi que le *prix* (tous frais compris) de chaque excursion et les heures de départ et de retour.

Les Congressistes — membres titulaires et membres adhérents — désirant prendre part aux excursions sont instamment priés de se faire inscrire chez le Trésorier du Comité d'organisation, M. L. Giraux, le plus tôt possible.

Pour tous les renseignements concernant le séjour à Vannes, s'adresser directement à M. L. Giraux, trésorier du Comité, 9 *bis*, avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé (Seine).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé du cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 fort volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte..... 15 fr.

Le Traitement des Affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement:
Par le Dr **F. Lagrange**.
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par **Allyre CHASSEVANT**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand in-8°, avec gravures..... 10 fr

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etudes de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la chaire de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine.
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. — Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel
1 volume in-8°..... 5 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA TYPHLO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE OU SABLEUSE ET L'APPENDICITE

Par H. Huchard (1)

L'heureux apaisement des ardeurs chirurgicales ne permet pas qu'après avoir opéré trop, on n'opère plus assez, et il n'est pas inutile qu'un médecin qui ne les a jamais ni excitées, ni partagées, vienne signaler une exagération dans un sens contraire, en appelant brièvement l'attention sur une nouvelle cause d'erreur de diagnostic capable d'entraîner à tort une abstention opératoire, et qu'il tâche aussi de concilier, de fusionner deux théories opposées sur les rapports de l'appendicite avec ce que l'on continue à dénommer « l'entéro-colite la typhlo-colite muco-membraneuse ». Destinée à porter un peu de lumière dans cette pénombre, cette fusion ne sera pas, j'espère, une confusion.

I. — Au cours de la brillante discussion à laquelle nous venons d'assister, on a parlé avec juste raison des difficultés de diagnostic de l'appendicite, et un vœu a été émis : celui d'exposer tous les éléments de diagnostic de cette maladie. Si, comme tant de praticiens, j'ai rencontré une quantité innombrable d'entéropathies muco-membraneuses, je n'ai pas vu assez d'appendicites pour assumer cette tâche redoutable et lourde. Mais, je ne puis résister au désir de citer un cas dont j'ai été témoin l'année dernière et qui, avec deux autres cas semblables que j'ai autrefois observés, montre que le siège anormal de la douleur épigastrique peut simuler des crises d'hyperchlorhydrie paroxystique au point que l'on est en droit de supposer qu'une véritable hyperchlorhydrie coexistait avec les crises appendiculaires. Ce fait viendrait même à l'appui de l'opinion de mon savant collègue et ami Albert Robin, qui pense que l'appendicite et l'entéro-colite muco-membra-

(1) *Académie de Médecine*, 3 juin 1906.

neuse constituent deux modes de retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique.

Il s'agit ici d'un malade, chirurgien des plus distingués, qui, ayant vu plus de 300 appendicites, en a opéré un grand nombre, ce qui lui donne une certaine compétence, et qui a cependant commis sur lui avec moi et plusieurs médecins appelés à le voir, une erreur dont les conséquences eussent été très graves, si l'erreur n'avait pas été rectifiée par la suite. C'est son auto-observation que je transcris ici, sans rien y changer.

X..., âgé de trente-neuf ans. Rien d'intéressant à noter dans les antécédents, sauf des troubles dyspeptiques qui ont commencé il y a environ dix ans. En dépit d'une digestion stomacale médiocre, l'état général est demeuré excellent, grâce à un fonctionnement de l'intestin parfait (jamais de constipation ou de diarrhée, peu de douleurs gastriques ou intestinales).

En *février* 1899, à Naples, X... est pris brusquement de douleurs atroces dans tout le ventre avec nausées. Le lendemain, les douleurs diminuent et, deux jours après, il peut rentrer à Nice. Le diagnostic d'empoisonnement alimentaire fut écarté ; car sa femme, qui avait mangé les mêmes aliments, n'éprouva aucun trouble. Toutefois, la région appendiculaire ne fut pas plus sensible que le reste de l'abdomen, et l'incident fut oublié. Les troubles de dyspepsie stomacale devinrent plus fréquents sans altérer cependant l'état général et sans modifier l'état intestinal, qui demeura parfait.

En *juillet* 1905, X... est pris subitement, à jeun, d'une douleur violente au creux épigastrique, avec nausées, vomissements, accélération du pouls, arrêt des gaz et des matières. Les heures suivantes, la douleur irradie dans tout l'abdomen, très vive en dépit de doses très élevées d'opium. Tout l'abdomen est douloureux, sans qu'il soit possible de localiser en un point quelconque un maximum. Aucun signe clinique de colique hépatique ou néphrétique. Le malade dit à l'un de ses collègues : « J'ai tous les symptômes d'une perforation intestinale » ; il songe à un ulcère méconnu du duodénum, à une appendicite. Le lendemain, après une nuit de vague délire dû à l'intoxication opiacée, l'abdomen est encore légèrement douloureux, mais tous les symptômes si alarmants de la veille ont disparu. *La région appendiculaire soigneusement examinée ne fournit aucune indication pour le diagnostic*, qui, cette fois encore, demeurait en suspens. Deux jours après, X... reprenait ses occupation habituelles.

Dans le courant de *septembre* 1905, deux nouvelles crises très légères, caractérisées par des douleurs, épigastriques d'abord, irradiant ensuite dans les hypocondres, sans intensité plus marquée à droite qu'à gauche. Un médecin émet l'hypothèse de colite. Cependant, le malade n'est jamais constipé, il n'a jamais eu de fausses membranes dans ses selles qui sont toujours normales.

Le 2 *février*, le malade ressent dans la journée quelques coliques, qui sont suivies de trois selles diarrhéiques. Le soir ,douleur atroce au *creux épigastrique*, avec nausées, vomissements. Le matin, je fais appeler M. Huchard qui se trouvait alors à Nice, et je vomis devant lui du mucus gastrique d'aspect normal, peu acide. Quoique ces crises ressemblent à des crises d'hyperchlorhydrie très intense, j'émets l'idée d'une appendicite, et cependant on ne pouvait arriver à ce diagnostic que par exclusion, car l'hypocondre droit n'était pas particulièrement douloureux ; le point de Mac Burney était absent, et la défense musculaire à peine marquée. M. Huchard confirme ce diagnostic. Le lendemain soir seulement, la région appendiculaire devient sensible ; il y avait un peu de fièvre (38°4), et le diagnostic put être précisé avec certitude. La crise dura quatre jours.

Le 20 *mars*, X... est opéré, en dépit de crises très légères (pas de fièvre, pas de tuméfaction). Durée : 1re crise, 3 jours ; 2e crise, 3 jours ; 3e crise, quelques heures ; 4e crise, quelques heures ; 5e crise, quatre jours. L'appendice est très adhérent et d'une dissection très pénible. Il présente des lésions inflammatoires très nettes.

Telle est l'observation de ce fait anormal que j'ai cru utile de signaler à l'attention de l'Académie, d'autant plus que cette erreur de diagnostic que j'ai vu faire deux fois encore, n'est signalée dans aucun traité classique, ni même dans le travail récent de M. Auvray, chirurgien des hôpitaux (Paris, 1904), « sur le diagnostic de l'appendicite ». On connaissait déjà depuis longtemps la douleur appendiculaire à gauche ou encore dans la région hépatique, mais son siège, presque exclusivement épigastrique, n'avait pas encore été révélé. C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de publier cette observation, pour prémunir le praticier contre une erreur possible de diagnostic entraînant une très grave erreur de thérapeutique au point de vue de l'abstention opératoire.

J'arrive maintenant à la partie la plus importante de mon argumentation.

II. — On a parlé d'une sorte d'antagonisme un peu mystérieux entre la colite ou la typhlo-colite muco-membraneuse et l'appendicite. D'autres auteurs ont pensé que l'inflammation du côlon pouvait fréquemment se propager de l'intestin à l'appendice. Deux inexactitudes dans ces affirmations trop exclusives.

Il n'y a pas d'antagonisme au vrai sens du mot, et la propagation inflammatoire ne peut se faire pour une bonne raison : c'est que souvent l'inflammation du côlon n'existe pas et que le terme de colite ou typhlo-colite constitue une erreur.

Après R. Blondel qui, dans un travail remarquable trop oublié (*Société de Thérapeutique*, 27 octobre 1897), concluait à une maladie toujours secondaire, Soupault admettait une simple hypercrinie du mucus du côlon, sorte de colosuccorrhée. Puis, Le Gendre (*Société médicale des hôpitaux*, 11 mars 1904) établissait judicieusement que la pathogénie du syndrome est dominée par un état névropathique général et originel et qu'on doit préférer la dénomination de *colopathie* à celle de colite muco-membraneuse, parce que « l'état inflammatoire paraît des plus douteux, du moins à l'origine, et en tout cas fort inconstant. »

Telle est l'opinion qu'il convient d'admettre et que j'ai formulée moi-même, il y a un grand nombre d'années. Une névralgie, un spasme, un trouble secrétoire de l'intestin ne peuvent créer ou propager une inflammation, pas plus qu'une névralgie intercostale ne peut aboutir à une pleurésie. Sans doute, il n'est pas possible de s'appuyer toujours ici sur le contrôle anatomique, puisqu'on ne meurt jamais ou presque jamais de colite muco-membraneuse. Mais la constitution histologique des membranes, composées surtout de mucine et exceptionnellement de fibrine, prouve que l'inflammation réelle fait le plus souvent défaut, ou du moins qu'elle n'est presque jamais primitive. C'est ce qui résulte de l'examen de ces concrétions membraniformes qui a été fait, il y a plus de vingt-cinq ans, au sujet d'une de mes observations publiées à la *Société clinique*. Il en est de cette colopathie muco-membraneuse comme de la dysménorrhée pseudo-membraneuse que j'ai étudiée en 1871 avec mon collègue et ami Labadie-Lagrave et dans laquelle l'examen anatomo-histologique nous a très rarement permis de constater l'existence d'un véritable travail inflammatoire. Dans la plupart des affections pseudo ou muco-membraneuses, dans la bronchite muco-membraneuse dont j'ai donné un bon exemple suivi pendant près de huit années en 1894 (*Société médicale des hôpitaux ; Nouvelles consul-*

tations médicales, 1904 et 1906) il s'agit de troubles secrétoires exceptionnellement commandés par un état phlegmasique initial. L'appendicite est une maladie inflammatoire et infectieuse, la colopathie muco-membraneuse est une affection d'ordre névralgique, spasmodique et secrétoire, peu inflammatoire et peu infectieuse. Il ne saurait pas plus y avoir une propagation de l'une à l'autre, je le répète, qu'il n'y a pas de propagation d'une névralgie ou d'un simple spasme intestinal à une phlegmasie appendiculaire.

Voilà tout le secret de ce mystérieux antagonisme entre la colopathie muco-membraneuse et l'appendicite.

A ceux qui admettent la nature inflammatoire de la colalgie muco-membraneuse et qui s'étonnent de ne pas la voir plus souvent se propoger à l'appendice, on peut répondre que la contiguïté des tissus n'est pas toujours une cause de cette propagation et que la similitude des lésions et des infections, plus que la similitude, la contiguïté ou mieux la continuité des organes, favorise les extensions ou les propagations morbides. A-t-on jamais vu une simple bronchite, même des petites bronches, se terminer par une pneumonie franche ?

Telle est la réponse aux partisans un peu exclusifs de l'origine intestinale de l'appendicite.

Maintenant, il s'agit de concilier les deux opinions si opposées en apparence, de ceux qui proclament la rareté et de ceux qui admettent, au contraire, la fréquence des entéro-colites muco-membraneuses suivies d'appendicite. Tout d'abord, on ne pouvait réellement s'entendre, puisque la nature de cette entéro-colite n'a jamais été définie à cette tribune et qu'avant de discuter il convient de savoir sur quoi on discute, et puisque les opinions des divers auteurs ont été des plus dissemblables depuis Fernel, Sennert, et Morgagni qui en ont donné les premiers exemples, depuis Van Swieten qui l'appelait « une diarrhée glutineuse », jusqu'aux auteurs plus modernes qui lui ont donné les noms les plus divers : concrétions muco-gélatiniformes de l'intestin d'après Blondeau et surtout Potain qui en a exposé une bonne description (*Société anatomique* de 1857) ; concrétions gélatiniformes (Laboulbène, 1861) ; concrétions muqueuses membraniformes (Siredey, 1868) ; entérite glaireuse de Nonat ; entérite interstitielle de Wannebroucq ; entérite mucino-membraneuse de G. Sée ; entéro-névrose de G. Lyon ; entérosuccorrhée de R. Blondel, et colosuccorrhée de Soupault ; colopathie muco-membraneuse de Le Gendre. Je retiens cette dernière désignation que j'adopte, avec cette réserve qu'il y a, non pas une colopathie muco-membraneuse, mais *des* colopathies muco-membraneuses.

D'autre part, la multiplicité des théories pathogéniques, au nombre d'une douzaine, démontre que la science, jusqu'en ces derniers temps, est loin d'être absolument fixée sur ce sujet : théorie utérine de Nonat ; gastrique de A. Robin ; hépatique et ptosique de Glénard ; infectieuse de Letchef et de Combe (de Lausanne) ; neuro-herpétique de Lancereaux ; nerveuse de Lyon ; neuro-arthritique de R. Blondel, de Maurice Langenhagen et Le Gendre : psychique de Dubois (de Berne) ; méca-

nique de Mathieu ; inflammatoire d'un grand nombre d'auteurs et de Wannebroucq qui admettait une entérite interstitielle. J'ajoute la théorie par insuffisance thyroïdienne que Trémolières vient de soutenir avec talent dans sa thèse inaugurale du 27 juin 1906, et la théorie vermineuse à laquelle notre savant collègue M. Blanchard a donné, il y a quelques instants, l'appui de sa haute autorité.

Au point de vue de l'anatomie pathologique bien étudiée dans la thèse de Trémolières, tout a été constaté, depuis l'absence complète de lésions jusqu'aux lésions les plus superficielles et même les plus profondes d'une entérite interstitielle. Le plus souvent cependant, il n'y a aucune altération des tuniques celluleuse, musculeuse et séreuse, mais lésion superficielle de l'épithélium glandulaire et pariétal de l'intestin, lésion caractérisée surtout par l'hypergénèse des cellules muqueuses. Comme dans la dysménorrhée pseudo-membraneuse, comme dans la bronchite muco-membraneuse, on trouve surtout de la mucine dans les membranes, et jamais ou presque jamais de fibrine, ce qui prouve que l'élément inflammatoire joue un rôle très effacé. Sans doute, on a rencontré dans la suite de nombreux microbes, ce qui a pu faire édifier une théorie infectieuse. Mais je me demande si l'on n'abuse pas du mot « infection » lequel devient passablement banal, comme on abuse de nos jours du mot très simple et très commode de « neurasthénie » qui serait aussi une cause d'entérite muco-membraneuse et qui cache très euphoniquement notre complète ignorance ; je me demande encore si dans l'intestin il ne faut pas plutôt chercher ce qui n'est pas infectieux que ce qui l'est.

Enfin, la constitution membraneuse serait due à la présence d'un ferment spécial, la *mucinase* qui, d'après H. Roger (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, mars 1906) a pour propriété de coaguler la mucine et de lui donner ainsi une forme lamelleuse. La bile produirait une action anti-coagulante, ce qui expliquerait l'absence de concrétions dans l'intestin grêle et leur formation principale dans le gros intestin, ainsi que les bons effets de l'extrait de fiel de bœuf, effets confirmés par les recherches récentes de Nepper et Riva (*Société de biologie*, 26 janvier, 1906).

Que résulte-t-il de tous ces faits, de toutes ces constatations anatomiques en apparence si contradictoires ?

C'est que l'entérite muco-membraneuse n'est pas une maladie, mais un syndrome dû à des causes diverses et multiples ; c'est qu'il ne faut pas traiter la colite muco-membraneuse, mais surtout ses causes et ses modalités si différentes ; c'est que dans les cas rares, très rares où l'entérite, où l'inflammation intestinale est le phénomène prédominant, la propagation inflammatoire peut se faire à l'appendice, ce qui donne raison à M. Reclus, tandis que cette propagation est impossible dans les cas nombreux où le syndrome est le résultat d'un simple trouble secrétoire, d'une névralgie intestinale, ce qui est loin de donner tort à M. Dieulafoy. Nous voilà donc bien près de nous entendre et de concilier deux théories opposées, celle des auteurs qui admettent la rareté extrême ou la fréquence de l'appendicite consécutive à ce qu'on appelle si improprement la *colite* muco-membraneuse. Les lésions de ces colopathies sont différentes ; différentes aussi doivent être leurs terminaisons, et en

dépit de la statistique de Félix Bernard (*Journal des Praticiens*, 1902, et *Congrès international de Madrid*, 1903), tout porte à croire, d'après nos observations et d'après cette statistique elle-même, à la grande rareté des appendicites consécutives à l'entérocolite. Car, sur 1.100 sujets atteints de cette dernière maladie, ou plutôt de ce syndrome, 33 ont subi l'ablation de l'appendice reconnu malade à l'intervention ; mais il ne faut pas y ajouter 43 autres appendicites dont la preuve anatomique fait défaut, ce qui réduit notablement la proportion de 7 0/0 qui a été donnée des appendicites consécutives à l'entéroclite.

« Si nous voulons discuter les faits cliniques — disent H. Roger et Trémolières dans leurs recherches expérimentales sur les entéropathies muco-membraneuses — il nous serait facile de montrer que l'expulsion du mucus est aussi fréquente chez l'homme que chez les animaux et survient également dans les conditions les plus diverses. Tantôt elle accompagne une entérite aiguë (ce qui explique, d'après moi, la propagation possible, mais très rare, à la vérité, de l'inflammation à l'appendice); tantôt elle est sous la dépendance de la constipation ; tantôt elle survient au cours ou à la suite d'une infection ou d'une intoxication. D'autres fois, elle relève d'un trouble nerveux. Dans certains cas, elle semble en rapport avec une modification dyscrasique. C'est peut-être dans ce dernier groupe qu'il faut faire rentrer la plupart des observations relatives aux entérites muco-membraneuses rebelles et tenaces. »

Telles sont les raisons qui légitiment la désignation d'*entéropathies* ou de *colopathies muco-membraneuses*, et qui conduisent à la conciliation que l'on pouvait croire impossible, de deux assertions absolument contraires. MM. Dieulafoy et Reclus ont raison tous deux, mais dans une proportion très différente qu'il était utile de préciser. Sous la courtoisie apparente des mots se cache souvent la cruelle brutalité des faits, et ceux-ci démontrent que si l'appendicite peut être parfois le résultat d'une véritable entérite muco-membraneuse, elle ne saurait être consécutive, encore une fois, à un spasme, à une simple névralgie, ou seulement à un trouble secrétoire de l'intestin.

Ces conclusions ont une grande importance pratique. On ne doit pas traiter *une entérite* muco-membraneuse ; on traite *des* entéropathies muco-membraneuses. Le diagnostic — d'où dépend la thérapeutique, — est plus complexe qu'on l'a cru jusqu'alors. Diagnostiquer une muco-membrane, reconnaître un syndrome, c'est bien ; en pénétrer la cause et la pathogénie, c'est mieux encore, puisqu'on pose ainsi nettement l'indication thérapeutique à résoudre. De sorte que lorsqu'on voudra savoir si une entéropathie muco-membraneuse peut atteindre l'appendice, il faudra reconnaître d'abord par les symptômes si cette entéropathie est fonction d'inflammation et la distinguer de toutes les autres entéropathies muco-membraneuses qui, pour la plupart, ne sont ni d'origine ni de nature inflammatoire et pour lesquelles un élément nerveux indiscutable joue le principal rôle. Voilà des éléments de diagnostic à rechercher désormais. Je n'en dissimule pas l'extrême difficulté ; mais dire ce que l'on ne sait pas, c'est montrer ce que l'on doit savoir dans l'avenir ; c'est déjà faire un premier pas vers la vérité.

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC

Par le Dr M. Binet (de Vichy)

Le régime mixte (1)

Le régime mixte est ainsi appelé parce que dans sa composition entrent des aliments appartenant à toutes les classes : animales et végétales. C'est dire qu'il constitue l'alimentation la plus variée, celle qui est prise en véritables repas, et, de fait, convient non aux malades de l'estomac à proprement parler, mais aux dyspeptiques simples.

Aussi, en l'étudiant, allons-nous nous astreindre à prendre pour guide l'ordre du repas lui-même. En d'autres termes, c'est la « carte » du dyspeptique que nous nous proposons de faire. Pour cela, la succession des plats, dans l'ordre même où ils se suivent ordinairement, trace le plan que nous suivons nous aussi, et nous envisagerons d'abord les entrées ou potages selon que nous aurons affaire au déjeuner ou au dîner, puis les rôtis, les volailles, les légumes, les entremets et les desserts. L'étude du pain et des boissons, compléments indispensables de tout repas, fixera ensuite notre attention, et nous comptons terminer cet exposé, en établissant dans ce régime deux degrés, suivant que le menu sera plus ou moins rempli.

Si cette façon de faire a pour inconvénient de fragmenter un même sujet ou de rejeter en différents endroits l'étude d'aliments dérivant l'un de l'autre, elle nous semble avoir l'immense avantage d'être moins théorique, par là même d'une interprétation plus facile et d'indiquer plus clairement au médecin ce qui lui importe à connaître, c'est-à-dire la composition raisonnée d'un repas tel qu'il pourra en prescrire. Aussi ne nous occuperons-nous tout d'abord que des substances alimentaires seules permises, des préparations culinaires seules autorisées, menant ainsi le dyspeptique au maximum de la nourriture qu'il lui est permis de prendre et lui prescrivant alors, mais alors seulement, un régime d'exclusion .

Déjeuner du matin. — Le déjeuner du matin suit à peu de distance le lever. Sous l'influence du sommeil, les fonctions se sont toutes ralenties et la sécrétion gastrique dans une proportion considérable. Linossier et Lemoine, qui ont expérimenté sur ce sujet, ont constaté que chez un même malade, le contenu gastrique une heure

(1) Extrait de : *Traité des maladies de l'estomac* par le Dr Maurice Soupault (Paris J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille).

après un repas d'épreuve pris à midi présentait une acidité de 3 p. 1000 et seulement de 2,15 p. 1000 pour le même repas ingéré au réveil.

A cette heure, l'appétit est peu excité, aussi ce premier repas est-il peu abondant et ne représente-t-il guère qu'un sixième de l'alimentation totale.

Il se compose en général de thé, de café ou de chocolat.

Sans doute celui-ci, par sa composition (1 gramme d'albumine, 5 grammes de graisse, 20 grammes de sucre), a une valeur nutritive considérable ; mais il est de digestion plus difficile que le café et le thé, et c'est pourquoi nous lui préférons ces deux dernières substances.

Nous aurons plus tard à revenir sur ces deux plantes, quand nous étudierons les préparations qu'on en tire ; qu'il nous suffise de dire ici qu'un dyspeptique peut prendre le matin comme petit déjeuner :

Café au lait, 80 à 100 grammes ; thé léger, sucré, 80 à 100 grammes ; avec pain grillé, 30 à 40 grammes, sur lequel il est permis de mettre un peu de beurre frais en quantité de 15, 20 et même 25 grammes. Le beurre, par sa graisse, agit en effet favorablement sur l'intestin et peut de ce fait, assurer la garde-robe de la journée.

Déjeuner et dîner. — ENTRÉES. — Les hors-d'œuvre ne devant jamais figurer sur la carte d'un dyspeptique, son repas de midi ou du soir commencera soit par une entrée, soit par un potage.

ŒUFS. — Les œufs, étudiés antérieurement, ont une richesse nutritive considérable et sont d'une digestion facile, du moins à l'état liquide. C'est donc un aliment qui doit être prescrit aux dyspeptiques. Jusqu'ici, nocs n'avons autorisé que l'œuf cru ou très peu cuit ; d'autres préparations sont permises, telles que : œufs à la coque, brouillés, pochés, omelette.

Deux minutes de cuisson réalisent le temps le plus favorable pour l'œuf à la coque. Tels que nous les conseillons, les œufs brouillés sont préparés avec aussi peu de beurre que possible, bien que ce soit là un élément de leur bon goût. Mais il ne faut pas oublier que l'œuf, corps gras par lui-même, perd de sa digestibilité si on lui ajoute de la graisse. On incorpore aussi très souvent dans cette forme ordinaire des substances diverses telles que : pointes d'asperges, truffes, crevettes, champignons, etc. Au point de vue qui nous occupe, il n'y a aucun intérêt à tolérer parmi celles-ci même les meilleures.

L'œuf poché est une préparation bonne dont les malades sont assez friands. On peut les servir dans du bouillon ou sur un plat de légumes, tels que les épinards, par exemple.

Il faut, à notre sens, réserver les omelettes aux cas les plus légers de dyspepsie, en raison du beurre qui entre en assez grande quantité dans leur composition.

POISSONS. — La chair des poissons est moins nutritive que celle des animaux herbivores et d'ailleurs de composition très différente suivant l'espèce qui l'a fournie, et pour la même espèce, suivant le moment de l'année et le milieu où ils vivent. D'une façon générale, la quantité de matières nutritives azotées est inférieure de 2 à 4 p. 100 à ce qu'elle est pour la chair des mammifères. C'est surtout la graisse qui

subit les plus fortes variations, et c'est suivant la teneur plus ou moins grande en cette substance que l'on divise les poissons en :

Poissons gras. — Rejetés chez les dyspeptiques, en raison de ce seul fait.

Poissons maigres. — Seuls autorisés et dont les principaux sont : la sole, le merlan, la limande, le brochet, la perche, la truite non saumonée.

Leur préparation devra être des plus simples ; le malade les mangera bouillis, grillés ou frits.

Ebullition. — Le poisson se fait bouillir de plusieurs façons. Pour les dyspeptiques, on se contentera d'un court-bouillon sans vin, sans vinaigre, sans aromates, uniquement composé d'eau et de sel.

La sole et le merlan cuits à feu doux, dans un plat contenant du bouillon de bœuf, fournissent un poisson bouilli de très bon goût.

Grillade. — Le procédé est trop simple pour être décrit ici.

Friture. — La friture la meilleure est celle à l'huile. Les poissons frits peuvent être prescrits encore frits dans une couche très épaisse de pâte. Mais ils ne seront ordonnés aux dyspeptiques que s'ils suivent la recommandation *essentielle* de les en débarrasser avant de les manger.

HUITRES. — Nous rangeons auprès des poissons le seul mollusque autorisé : l'huître. Sa valeur nutritive est loin d'être nulle, puisque dans sa composition centésimale on trouve le chiffre de 9,04 de matières azotées. Facilement digestibles et d'un goût agréable, on peut les prescrire avec avantage.

POTAGES. — On peut diviser les potages en potages maigres et en potages gras.

I. *Potages maigres.* — Parmi les premiers, il faut citer la panade, qui, faite d'ordinaire avec du beurre, peut aussi être préparée sans qu'on en fasse usage.

D'autre part, avec tous les légumes : pois, haricots, fèves, etc., on prépare des potages que l'on présente avec un peu de beurre fondu dans leur eau de cuisson ou étendus avec du lait.

Enfin, nous recommandons beaucoup l'usage des différentes préparations dérivées des végétaux, telles que : farine d'avoine, de maïs, crême d'orge, etc., à cause de leur richesse alimentaire, de leur digestibilité et du plaisir avec lequel les malades les prennent.

II. *Potages gras.* — Parmi les potages gras, les bouillons tiennent la première place et, par-desus tout, se place le bouillon de bœuf.

Très vanté jadis, il est tombé ensuite dans un grand discrédit. Sa valeur nutritive a été expérimentalement démontrée illusoire ; puis, quand Bouchard et ses élèves eurent attiré l'attention sur le rôle pathogénique joué par l'auto-intoxication et l'intoxication alimentaire, on l'a rayé d'emblée comme étant une « solution de poisons ».

Quelle est, en réalité, sa composition ? Avec un kilogramme de viande de bœuf, on prépare environ 2 litres et demi de bouillon, lequel renferme, d'après A. Gautier, par litre : 4 grammes de sels minéraux, 5 de peptones, diverses matières extractives, de la gélatine et du glycogène.

Toutefois, une grande tasse de 200 grammes ne fournit même pas 2 gr. 5 de matières albuminoïdes. C'est là une valeur nutritive faible, mais non cependant tout à fait insignifiante.

Malgré tout, le bouillon justifie son emploi par d'autres propriétés. Il est en premier lieu un excitant de l'organisme, grâce à ses matières extractives, à ses bases créatiniques et xanthiques, et à ses sels de potasse. En outre, il possède la propriété d'exciter la sécrétion gastrique ; c'est le type des aliments peptogènes de Schiff, et on sait en outre que Pawlow le classe parmi les substances efficaces sur les glandes gastriques.

On prépare aussi des bouillons de veau et de poulet moins savoureux, mais moins toxiques et riches en gélatine.

De même, l'industrie livre aujourd'hui des bouillons concentrés dont le type est le bouillon américain ou thé de bœuf, et ne différant du bouillon ordinaire que par sa concentration même.

Puissant excitant de la sécrétion, le bouillon trouve donc sa place tout à fait au début du repas ; mais nous verrons plus tard que c'est à cause de cette action même qu'il est nécessaire, dans certains cas, de restreindre ou de proscrire son emploi.

Viandes. — Le second plat que l'on sert d'habitude consiste en viandes. Celles-ci, nous étant encore inconnues, méritent de nous arrêter longuement.

La viande représente l'élément azoté par excellence ; elle renferme à peu près un cinquième de son poids de matières albuminoïdes ; en outre, de la graisse, des substances extractives, des hydrates de carbonne et des sels minéraux.

Les matières albuminoïdes sont constituées essentiellement par une globuline (myosine), un peu d'albumine et des substances collagènes. Quant à la graisse, elle est dans des rapports très variables suivant l'espèce animale, la région du corps, l'état d'engraissement.

Parmi les substances extractives, citons la créatine, la xanthine, l'hypoxanthine, sans valeur alimentaire aucune, mais excitantes de la sécrétion. Les substances hydrocarbonées, glycogène et sucre, ne figurent que pour un chiffre très faible, et les sels minéraux pour un peu plus de 1 p. 100.

Voici ,en outre, d'après Voit, une analyse de la viande de bœuf maigre, un peu détaillée :

Eau	75,9
Albuminoïdes vrais	18,4
Substances collagènes	1,6
Graisse	0,9
Substances extractives	1,0
Cendres	1,3

Signalons enfin que, parmi les parties les plus riches en matière azotées figurent le gîte à la noix, l'entrecôte et l'épaule.

Contenant des matériaux albuminoïdes, pauvre de graisse et d'hydrate de car-

bone, la viande est donc un aliment complet au sens exact du mot. Est-ce à dire pour cela que l'homme puisse en faire un aliment exclusif ? La ration moyenne de viande correspond à 600 grammes par jour ; mais si l'individu, dépassant cette mesure, veut réaliser le chiffre de 100 grammes d'albuminoïdes nécessaires uniquement avec la viande, il se produit ce que Hübner a expérimenté sur lui-même, des phénomènes tels que nausées, vertiges, etc. Il put en prendre 2.000 grammes pendant deux jours ; le troisième, 1.280 seulement. Au contraire, à un régime purement carné, vient-on à ajouter de la graisse, du sucre, de l'amidon, du pain et des légumes, on voit tous ces phénomènes disparaître, mais il est permis de constater en outre que la quantité d'albumoïdes nécessaire pour compenser les pertes de l'économie en azote diminue considérablement.

Ainsi donc ,la viande répond à la première des conditions que nous avons posées en établissant l'alimentation : elle a une valeur nutritive incontestable. Reste à savoir jusqu'à quel point elle est digstible.

Leven a fait sur ce sujet de très intéressantes observations. Ayant donné à des chiens des quantités de 100 et de 200 grammes de viande, puis les ayant sacrifiés au bout d'une heure, il observa que la muqueuse est fortement congestionnée, l'estomac distendu et « qu'un grand travail sécrétoire » se produit dans les glandes. A la première heure, le suc gastrique n'est pas excrété, le bol est encore sec; mais une quantité de liquide peptique est accumulée dans les glandes, cinq fois plus considérable avec 200 grammes qu'avec 100 grammes. A la deuxième heure, cette quantité est devenue dix fois plus abondante, il commence à s'excréter et la surface des aliments se montre légèrement humectée. L'aliment tout entier n'est toutefois imprégné du suc gastrique qu'à la troisième heure C'est alors qu'il se réduit en pulpe et que les fibrilles de la viande séparées les unes des autres sont poussées dans la région pylorique. Ce passage se fait lentement et dure six heures pour une quantité de 100 grammes, douze heures pour 200 grammes. Ce sont là toutefois des chiffres supérieurs à ceux que donne Penzoldt comme temps moyen nécessaire à l'estomac pour renvoyer à l'intestin une égale quantité.

La viande, comme on vient de le voir, est un des aliments qui séjournent le plus longtemps dans l'estomac. C'est donc là une raison majeure pour ne pas prescrire le régime carné avant de s'être assuré de l'état presque parfait des fonctions gastriques. Toutefois la digestibilité en varie suivant plusieurs facteurs : le choix de l'animal, la préparation culinaire.

En classant les animaux de boucherie par ordre de digestibilité décroissante, nous pouvons établir la gradation suivante : agneau, veau, mouton, bœuf, porc.

La chair des animaux jeunes : veau, agneau, celle que l'on désigne communément sous le nom de viande blanche, doit à sa faible teneur en graisse d'être bien tolérée, et c'est, par contre, la surcharge graisseuse de la viande de porc qui en fait la moindre tolérance, plus encore peut-être que sa texture très serrée.

La préparation culinaire importe beaucoup aussi, et la viande cuite, rôtie ou grillée, se digère mieux que la viande bouillie.

Viande crue. — Crue, la viande est d'une digestibilité parfaite ; mais fade et peu agréable, elle n'est guère ingérée que comme médicament.

Destinée à être mangée de la sorte, elle doit être bien privée de sa graisse, râpée et pulpée et non pas hachée. On fait ainsi avec cette pulpe des boulettes de la grosseur d'une noix ou d'une amande, que l'on roule dans du sucre en poudre ou que l'on arrose de jus de rôti froid. Dans certains cas, on peut faire prendre la viande sous cette forme ; habituellement, on la sert cuite.

Viande cuite. — La cuisson, utilisée par l'homme de temps immémorial, a pour effet, d'une part, de donner à la viande un arome qui excite l'appétence et provoque la sécrétion du suc gastrique ; de l'autre, de détruire les spores, germes et parasites divers qui peuvent y exister et la rendre malsaine.

Mais, à côté de ces avantages, elle présente des inconvénients. Elle modifie d'abord les parties coagulables de la chair musculaire et les rend moins facilement assimilables. En outre, elle détruit les zymases ou ferments naturels qui y sont contenus et ont une valeur excito-sécrétoire bien mise en évidence expérimentalement. Toutefois, de ces deux inconvénients, le second est le moindre au point de vue qui nous occupe, car la viande, par sa structure même, renferme encore suffisamment de matièrs agissant sur la sécrétion.

Cuite, la viande se présente sous deux formes : bouillie ou rôtie.

Contrairement à l'opinion vulgaire, le bouilli a une valeur nutritive considérable, plus grande à poids égal que celle de la viande crue ou rôtie. Il conserve en effet les neuf dixièmes des albuminoïdes primitivement sontenus dans la viande, et a perdu plus de 40 p. 100 de son poids d'eau. Par contre il est peu digestible par cela même qu'il est bouilli, et de ce fait doit constituer une forme possible de donner la viande aux dyspeptiques, mais non une forme toujours recommandable. Son usage se limite en effet aux cas de dyspepsie les plus légers.

Nous conseillons de manger le bouilli de viande avec les légumes qui ont cuit en même temps que lui. On peut l'assaisonner de gros sel, mais nous proscrivons l'usage de sauces dont on l'entoure souvent, telles que celles à la tomate.

Viande rôtie — Quand on met un morceau de viande à rôtir, la chaleur rayonnante forme rapidement à sa surface, par coagulation des albuminoïdes et concentration des jus qui tendent à se produire, une sorte de croûte qui protège les parties sous-jacentes, empêche l'évaporation trop rapide de l'eau et permet de cuire la fibre pour ainsi dire dans son propre suc. Les matières odorantes (osmazone) s'y concentrent sans que la viande se dessèche.

Au point de vue de la richesse alimentaire, les viandes grillées ou rôties sont presque aussi riches que les viandes crues dont elles proviennent, en ce qui concerne les principes premiers : azote, graisse, sels ; mais, comme la cuisson fait baisser la quantité d'eau de 74,5 p. 100 à 62 et même 42 p. 100, on voit qu'en fin de compte elles sont infiniment plus nourrissantes qu'elles.

Sont-elles aussi digestibles ? — Dans des expériences de digestion artificielle, Linossier a vu se dissoudre dans le même temps, toutes conditions égales d'ailleurs, 74 p. 100 de viande crue, 37 p. 100 de viande bouillie et 23 p. 100 de viande rôtie. C'est ainsi que, rôtie, la viande serait la forme digérant le moins bien. Toutefois, en fait, elle est plus facilement tolérée que la viande bouillie, il est à supposer qu'elle le doit à ce que, ayant conservé la presque totalité de ses substances extractives,

elle excite davantage la sécrétion. C'est en tout cas la forme culinaire de la viande la plus recommandable aux dyspeptiques.

Les viandes rôties sont mangées chaudes ou froides. En Allemagne, on fait de véritables cures de rôti froid. Chaude, la viande rôtie est bien supportée, mais il faut veiller à ce que, servie sur la table, elle ne baigne pas dans une sauce chargée en graisse. On peut la débarrasser de celle-ci en faisant cuire le moceau non dans le plat lui-même où on le présente, mais sur un gril placé sur le fond du plat, de telle sorte que la graisse, à mesure qu'elle coule, n'est plus jamais en contact avec la viande.

Quant aux sauces, nous trouvons ici l'endroit justifié pour les proscrire toutes. Toutefois, cela ne veut pas dire que la viande doive toujours être apportée en nature. Ce qu'il est bon de faire et ce qui doit être fait, c'est, au moment de servir, de placer sur le morceau une quantité moyenne de beurre frais. Celui-ci fond au contact de la viande chauffée, imprègne celle-ci et se mélange à son jus.

Viscères. — Parmi les viscères, nous n'en voyons que deux qui puissent figurer dans le menu du dyspeptique : la cervelle et le thymus ou ris de veau.

Ils sont un peu moins riches que la chair musculaire en substances azotées, mais, d'une légèreté extrême, ils rentrent dans les tout premiers aliments dont peut faire usage un dyspeptique.

On peut y rattacher aussi la tête de veau et le pied de mouton. Mais, provoquant assez facilement la diarrhée, leur emploi sera forcément très limité.

Il existe en outre diverses formes dérivées des viandes à l'état primitif, obtenues soit par la dessication comme la poudre de viande dont nous parlerons au chapitre de la suralimentation, soit par cuisson, soit par salaison, par réfrigération ou fumaison. C'est de ce dernier mode que nous nous occuperons uniquement, dans le seul but de dire quelques mots du jambon préparé par ce procédé.

Jambon. — Le porc, viande de toutes la moins digestible parmi celles que nous avons vues jusqu'ici, peut cependant être utilisé avec avantage sous forme de jambon, et celui-ci constitue de toutes les charcuteries la seule autorisée.

Il renferme un tiers de plus de matière albuminoïdes que la viande de porc frais, et c'est ce qui explique sa grande valeur nutritive. En outre il est de plus facile digestion ; deux raisons qui en font un bon aliment pour les dyspeptiques.

Toutefois, il faut, en le prescrivant, faire suivre les conseils suivants : ne manger que le maigre et éviter les jambons trop gras ; manger le jambon à l'état naturel On le sert en effet très souvent avec des sauces au vin et on fait usage presque constamment de ceux qui sont le plus alcoolisés, comme le porto et le madère.

Quelle quantité de viande faut-il prescrire à un dyspeptique ? — Nous verrons, quand nous nous occuperons de la composition des repas, que la dose doit augmenter avec l'état d'atténuation ou de moindre gravité de la dyspepsie. Aussi nous est-il difficile de préciser immédiatement le plus ou le moins d'alimentation à prescrire. Cependant, le maximum paraît pouvoir être fixé à 250 ou 300 grammes pour toute la journée.

VOLAILLES ET GIBIER. — Les volailles constituent le plat qui, sur le menu, suit en général les viandes dites de boucherie.

La chair des animaux de basse-cour : le poulet, le dindon, la pintade, le pigeon, le canard et l'oie, figure dans notre alimentation courante, mais ne doit pas toujours être présentée sur une table de dyspeptique. Ce qui fait la différence de digestibilité d'une viande, c'est en effet sa teneur plus ou moins forte en graisse. Aussi est-ce à celle des volailles les moins grasses qu'il faut recourir, c'est-à-dire au poulet et au pigeon.

Le premier contient 1,42 p. 100 de matières grasses, le second 1 p. 100 seulement.

Deux procédés de cuisson peuvent être employés : l'ébulition et le rôtissage. L'ébullition devra être réservée aux dyspeptiques qui ont besoin d'une très grande surveillance de leur estomac et ne s'alimentent de viande que depuis quelques jours. Bouillie, la chair de volaille se sépare et se fragmente en effet très facilement et de ce fait digère bien. Quand on fait usage de volaille rôtie, une précaution capitale est de séparer la peau qui est essentiellement indigeste,ensuite de ne pas employer de sauce grasse.

Quant au gibier, il ne figure que par exception dans le menu d'un dyspeptique, et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cette viande est en elle-même plus indigeste que celle des animaux de boucherie. D'autre part, pour pallier à sa dureté naturelle, l'usage est d'attendre plusieurs jours avant de la manger, ce qui facilite la production de toxines. Il faudra donc la prohiber d'une façon générale. Une exception peut cependant être faite pour la perdrix, la caille, la grive, mangées, suivant l'expression classique, « au bout du fusil ».

LÉGUMES. — Ce que nous avons dit des légumes, en étudiant le régime lacto-végétarien, nous permet d'être bref. Tous ceux que l'on a vus inscrits alors prennent place ici. Cependant nous n'hésitons pas à leur en adjoindre d'autres qu'il nous avait paru inutile, sinon mauvais, de prescrire plus tôt, en raison de leur moindre digestibilité, tels que : carotte, chou-fleur, épinard, céleri, artichaut.

Leur préparation sera exactement celle que nous avons indiquée précédemment. La cuisson constitue la chose principale à surveiller, puis on passera finement et plusieurs fois.

SALADES. — Il est superflu de dire que la salade telle qu'on la présente ordinairement ne doit jamais être servie à un dyspeptique. Cependant, elle ne doit pas être prohibée pour elle-même : la préparation la rend mauvaise ou tolérable pour les malades d'estomac. C'est ainsi qu'il est parfaitement permis de prescrire la chicorée ou la laitue, par exemple, cuites et mélangées, au moment d'être présentées, soit avec du beurre, soit avec de la crême.

BEURRE. — C'est à dessein que nous avons reporté ici l'étude du beurre, à cause de la place qu'il occupe dans le régime mixte. Il représente en effet la graisse la plus utilisée pour l'assaisonnement des viandes et des légumes. Un litre de lait fournit en moyenne 30 grammes de beurre, lequel contient de 82 à 90 p. 100 de matières grasses.

La graisse étant l'élément capital du beurre, on serait tenté de croire que d'emblée il est nécessaire de le proscrire de l'alimentation des dyspeptiques. Ce serait là un exagération. De tous les corps gras, le beurre est un des plus digestibles; en outre, il existe des moyens de lutter contre son altérabilité.

On peut en faire usage sous trois formes : cru, fondu ou cuit.

Cru, le beurre est digestible au maximum. Cela tient en partie à ce que, sous cette forme, il constitue une émulsion grossière présentant aux sucs digestifs une surface d'attaque plus considérable. Il est souvent employé de la sorte, sur du pain grillé ou avec des pommes de terree cuites à l'eau, le matin de préférence, à une dose variant de 20 à 40 grammes. Pris de la sorte, il agit comme corps gras sur l'intestin, excite son péristaltisme, fait céder la constracture qui peut exister sur son trajet, et il n'est pas rare de pouvoir assurer par ce simple procédé la garde-robe de la journée.

Par contre, cuit, le beurre imprègne les aliments, les empêche d'être mouillés par le suc gastrique et ainsi, n'étant pas indigeste en lui-même, il rend indigestes les substances auxquelles il se mélange.

Pour diminuer l'altérabilité du beure, due presque exclusivement à la petite quantité de lait interposée entre les masses graisseuses, le procédé le plus simple est de le faire fondre. On sépare ainsi les parties aqueuses. On peut aussi, pour le conserver, le mêler avec une forte propportion de sel : 30 grammes par kilogramme. Mais le sel étant un irritant gastrique, cette pratique doit être rejetée.

Pratiquement, en ce qui concerne l'alimentation chez les dyspeptiques, le beurre doit être utilisé *frais et cru, ou fondu juste au moment de servir*, c'est-à-dire déposé sur le plat doit être présenté et s'y étant liquéfié.

L'interdiction est absolue de jamais faire usage de beurre cuisiné ayant passé dans une poêle.

(*A suivre*).

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

A propos de traitement de la scrofule, par SALGE (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 2 juillet 1906). — L'auteur estime que l'on a tort, quand on envoie les scrofuleux au bord de la mer, de les faire séjourner d'emblée toute la journée sur le rivage : il faut compter une à deux semaines pour l'accoutumance. En tous cas, ce sont plutôt les scrofuleux à type floride qui se prêtent au traitement par l'air marin : on ne doit pas envoyer à la mer les enfants pâles, malingres, excitables, qui se trouveront bien mieux d'un séjour dans un pays boisé.

Actuellement, les institutions charitables dépensent des sommes élevées pour obtenir un résultat peu encourageant, parce qu'on cherche à diriger un grand nombre de scrofuleux vers la mer, et que forcément, le temps de séjour devient insuffisant : en outre, c'est en été de préférence que les stations maritimes sont recherchées ; pendant l'hiver, les enfants sont ramenés dans les logements insalubres des grandes villes. Il serait bien préférable (l'auteur parle des côtes allemandes de la mer du Nord), de faire séjourner pendant longtemps quelques sujets bien choisis au bord de l'Océan, plutôt que d'y envoyer pour quelques semaines une foule d'enfants.

E. VOGT.

Contribution à l'étude du traitement des accidents septiques par le collargol, par BŒKELMANN (*Deutsche med. Wochenschrift*, 28 juin 1906). — Dans un cas d'accidents septiques graves, survenus à la suite d'une intervention intra-nasale, les onctions à la pommade au collargol (Crédé), ne produisirent aucun effet, et l'état devenait inquiétant. L'auteur se décida alors à donner deux fois par jour des lavements contenant 0,20 grammes de collargol : les phénomènes morbides s'amendèrent bientôt et la malade guérit en une dizaine de jours.

E. VOGT.

L'hypérémie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par LEO (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 2 juillet 1906). — L'auteur a expérimenté une méthode qui consiste à étendre le malade de telle façon que le poumon représente la partie la plus déclive, la tête et les jambes étant relevées. Depuis 2 ans, une trentaine de malades furent ainsi traités : on obtient bientôt une diminution de la toux et de l'oppression, dans la grande majorité des cas. Les sujets ayant présenté des hémoptysies ne doivent pas être choisis.

On commence par des séances quotidiennes d'une heure, les jambes étant peu relevées, et on augmente peu à peu la durée des séances et le degré de relèvement des jambes.

L'auteur espère que son procédé sera expérimenté sur une grande échelle dans les sanatoria.

E. VOGT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Traitement des troubles qui suivent l'anesthésie générale, par G. ASHTON (*The Clev. med. J.*, juillet 1906). — La meilleure manière d'éviter les troubles consécutifs à l'anesthésie générale est peut-être de sup-

primer toute alimentation solide le jour qui précède l'opération, de donner une quantité suffisante de liquide pour diminuer la tendance à l'irritation de la vessie et d'employer des laxatifs ou des lavements pour vider l'intestin. Pour permettre à l'opéré de reprendre ses forces, il faut prendre en considération sa chambre, le repos, le lit, son entourage, sa position, etc. La chambre doit être aérée, la température de 20 à 21°. On doit enlever tout ce qui encombre. Le jour doit être tempéré, le repos absolu, les couvertures chaudes, la tête du patient doit être basse.

Après l'éther, l'opéré peut se sentir défaillir ou présenter des signes d'excitation cérébrale ; dans ces cas, on appliquera sur le front des compresses d'eau alcoolisée. Les vomissements sont assez fréquents après l'éther. On veillera à ce que les malades ne fassent pas trop d'efforts et on les mettra dans une position qui facilite l'expulsion des matières. Une injection d'atropine avant l'opération peut diminuer la sécrétion de mucus. On évitera de donner des médicaments, des aliments et des boissons jusqu'à ce que l'effet de l'anesthésique soit passé. Le traitement est le repos pour l'estomac, à part, dans quelques cas, une tasse d'eau chaude par gorgées, qui peut être rejetée, mais qui, en même temps, lavera l'estomac. Ce lavage peut, d'ailleurs, devenir nécessaire dans le cas où le mucus s'accumule dans l'estomac. On peut apporter un certain soulagement par l'application de la glace ou d'un sinapisme sur la région stomacale ou d'une pulvérisation au chlorure d'éthyle. Dans les cas qui se prolongent, on peut essayer du café noir, de l'acétate d'ammoniaque, de la cocaïne à la dose d'un centigramme toutes les deux heures, jusqu'à cinq doses, ou de la teinture d'iode dans un peu d'eau. La morphine aggrave parfois ces troubles. Elle est cependant indiquée dans les vomissements hystériques.

On calmera d'abord la soif et la sécheresse de la bouche par des aspersions fréquentes de la face et des mains avec de l'eau alcoolisée, dégourdie, puis par des gargarismes d'eau froide, enfin par de petits fragments de glace. Si la soif est extrême, on fera une injection de sérum artificiel.

Dans quelques cas, il sera nécessaire d'alimenter le malade par le rectum durant quelques jours. Les premiers aliments par la bouche consisteront en eau albumineuse, thé, lait et eau de chaux.

Les gaz intestinaux donnent lieu à des troubles très incommodes ; on les combattra par des lavements térébenthinés, des carminatifs et des laxatifs. Contre le hoquet, qui survient quelques heures après l'opération, on donnera de l'eau chaude, de la glace, de l'héroïne, des carminatifs ; on pourra essayer des tractions de la langue ou faire une injection d'atropine ou de morphine.

L'irritation de la vessie peut être calmée par des lavements et par des compresses d'eau chaude au-dessus du pubis.

L. JUMON.

Autoplastie par lambeaux à l'italienne, par M. GOYENS (*Annales et bulletin de la Soc. de méd. d'Anvers*, mars 1906). — On trouve dans le numéro mensuel de cette publication ci-dessus, une observation de réfection des téguments des faces palmaire et dorsale de la main, chez un jeune garçon, après arrachement par un engrenage. La face dorsale fut reconstituée en glissant la main sous un pont considérable de peau taillé dans le sens vertical entre la pointe xiphoïdienne et l'ombilic. La face palmaire fut empruntée à la peau de la fesse du même côté. L'auteur a craint à plusieurs reprises l'asphyxie de ses lambeaux au moment du détachement de la main, ce qu'il aurait pu éviter en coupant les pédicules en deux séances comme le fait P. Berger, au lieu de le faire en une fois.

A. BENOIT.

Les tumeurs mixtes du sein, par M. P. LECÈNE (*Rev. de chir.*, mars 1906). — A côté des adénomes purs, des diverses sortes de carcinome, des tumeurs kystiques, on rencontre aussi dans la glande mammaire, des tumeurs complexes, en ce sens qu'elles sont formées, comme les tumeurs mixtes des glandes salivaires, la parotide particulièrement, de plusieurs tissus. M. Lecène a étudié de près les tumeurs de ce genre, assez rares, il faut le dire, mais dont la possibilité ne saurait être ignorée. Sur deux cas personnels, dans l'un, on avait affaire à un chondro-sarcome à myéloplaxes, sans aucun élément glandulaire et nettement encapsulé. L'autre tumeur était sarcomateuse à la périphérie, épithéliomateuse par endroits et avait pour centre un amas de tissus nécrosés. L'hypothèse d'une tumeur *tératoïde* évoluant tardivement est défendue par l'auteur.

Cliniquement, ces néoplasmes mixtes sont tout à fait analogues aux tumeurs

encapsulés banales et peuvent rester stationnaires, ou prendre un développement rapide en refoulant les tissus voisins sans les infiltrer. Le pronostic ne peut être que réservé et l'on doit suivre à leur égard les mêmes règles de prudence que pour tous les néoplasmes suspects. La guérison suit le plus souvent leur ablation.

A. Benoit.

La laparotomie par le procédé de Pfannenstiel (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1906, n° 2). — M. Venot défend le procédé qui consiste à ouvrir l'abdomen par une incision courbe inférieure, à concavité tournée en haut et qui suit le pli naturel de la peau. On divise ensuite la couche cellulo-adipeuse, puis l'aponévrose elle-même, et le relèvement de ce lambeau laisse à nu les muscles droits qu'il suffit d'écarter pour ouvrir le péritoine. A la fin de l'intervention abdominale, on referme la séreuse, on réunit les muscles droits au catgut et l'on rabat le lambeau *cutanéo-aponévrotique*, lequel s'oppose à toute éventration. En outre, la cicatrice est cachée dans les plis naturels. Procédé très indiqué chez les personnes grasses.

A. Benoit.

Traitement chirurgical de l'ectopie inguinale, par M. L. Rocher (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 22 avril 1906). — La simple *libération* du testicule ectopié pratiquée jusqu'ici est si souvent suivie de récidive, qu'il était indiqué de chercher quelqu'autre moyen plus efficace. C'est à quoi s'est efforcé l'auteur, et sa technique constitue un sérieux progrès. Deux principaux temps : *A. Réduction de l'ectopie.* Incision de la paroi abdominale comme pour la hernie inguinale. Résection du canal vaginaux-péritonéal en ayant soin de bien ménager les éléments du cordon, canal déférent et vaisseaux. Isolement et dissociation du cordon. Il faut détruire toute adhérence musculaire ou fibreuse qui le fixe aux parois du canal inguinal, saisir le cordon entre les doigts et l'étaler. Successivement, on coupe aux ciseaux mousses tous les minces tractus fibreux qui se tendent. Lorsqu'on ne tient plus en main que le testicule et les éléments funiculaires isolés, le testicule, peut être facilement descendu dans sa bourse au fond du scrotum.

B. Pour *maintenir la réduction*, voici les diverses manœuvres conseillées dans ce travail. Après avoir fermé la paroi inguinale postérieure, comme dans le Bassini, on passe un simple crin de Florence dans le pôle inférieur du testicule au travers de l'albuginée et de la séreuse. Avec un doigt plongé dans la bourse correspondante, on sentira une résistance fibreuse, qu'il faudra inciser d'un coup de ciseaux. Le testicule est ensuite installé dans la loge scrotale. Une aiguille perforant le scrotum de dehors en dedans au niveau du sommet de la bourse, en deux points distants d'un centimètre, amène au dehors successivement les deux chefs du fil que l'on a passé dans le pôle inférieur du testicule. Un aide est chargé de tirer en bas ce crin saisi avec une pince. On procède alors à la *funiculopexie inguinale* qui n'est pas autre chose que l'utilisation des tractus fibreux sectionnés autour des éléments du cordon pour fixer celui-ci aux piliers, en évitant avec soin tout étranglement. La paroi antérieure inguinale est ensuite reconstituée, suivant la technique habituelle. On constitue en outre, une sorte de plan cellulo-fibreux, en suturant tous les tissus disponibles au *devant des éléments du cordon*, par un surjet au catgut, afin de s'opposer à l'ascension du testicule qui ne pourra plus pénétrer dans ce canal étroit. Il ne reste plus qu'à suturer la plaie cutanée avec les agrafes de Michel de préférence.

La partie originale du procédé consiste alors à faire sur la glande ainsi appréhendée une extension élastique continue. On fait un nœud avec les deux chefs du crin sur un petit rouleau de gaze, pour fixer le testicule au fond du scrotum. Un des chefs est passé avec une aiguille à l'extrémité d'un drain gros comme une plume d'oie. En nouant ensemble les deux chefs du crin de Florence, on a un petit appareil extensif que l'on fixera avec une épingle anglaise à un petit bandage placé au-dessus du genou (ouate et tarlatane mouillée). Pansement aseptique. L'extension pourra être augmentée ou diminuée suivant les besoins et sera maintenue quinze jours, en assurant, bien entendu, l'immobilité du membre inférieur correspondant. L'auteur se déclare très satisfait des résultats qu'il a obtenus et confirme que l'extension est très bien supportée par les opérés. Il est indispensable, pour éviter les œdèmes et les infiltrations hémorragiques du scrotum, d'avoir fait une hémostase très soignée.

A. Benoit.

Suture de rotule après sept ans, par M. H. Folet (*Echo medical du Nord*, N° 6, 1906).

— Une nouvelle radiographie prise sept années après la suture de la rotule, a permis à l'auteur de vérifier que les deux fragments étaient bien rapprochés, et, comme on l'a récemment observé, que l'un des fils était cassé. Il est important de noter que le genou a repris toute sa souplesse, que le blessé exerce la rude profession de déchargeur de bateaux, en un mot, que le fonctionnement est parfait, malgré des défectuosités dont voici le détail : l'os fracturé ne semble faire qu'un seul bloc osseux ; mais si l'on saisit les deux fragments entre le pouce et l'index, on peut constater qu'ils sont encore légèrement mobiles l'un sur l'autre. Ceci prouve que, malgré une abrasion soigneuse des fragments du cal fibreux qui s'était primitivement formé, il y a eu, non une fusion osseuse, mais une réunion fibreuse inextensible, une sorte de symphyse aussi solide que la symphyse pelvienne démontrant l'utilité de la suture métallique. La guérison a eu lieu par la constitution d'un pont tendineux qui ne le cède en rien en solidité au tendon du quadriceps.

A. Benoit

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr Chassevant

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Rupture de l'œsophage, par traumatisme externe, par Howard E. Lomax (*Med. record*, n° 1835, 1906). — L'auteur entend s'occuper des ruptures complètes du conduit œsophagien survenant pendant la vie, laissant de côté tous les autres cas qui ont été souvent confondus dans la littérature. Il négligera donc les ruptures secondaires à la déglution d'objet vulnérants, ainsi que la dilacération par balles de fusil.

La rupture de l'œsophage par *traumatisme externe* est très rare, à cause de sa position et de sa souplesse. C'est-à-dire que chaque cas réclame une description soignée. Celui qui fait l'objet de ce travail concerne une femme de 44 ans, qui avait eu le corps entier pris entre une trappe et un mur de briques. La compression avait été si violente que la trappe avait volé en éclats. On ne constata tout d'abord que des contusions multiples, une teinte cyanotique de la face et des déchirures cutanées, particulièrement sur le ventre. Mais les bruits du cœur, quoique faibles étaient normaux, le nombre de respirations pas accru. La blessée se plaignait seulement de douleurs dans la région mammaire gauche. Il n'y avait pas de fracture de côtes. Quelques heures après l'accident, malgré la défense qu'il lui en fut faite, la malade s'assit sur une chaise et se fit servir du bouillon et du lait. Peu après, on la trouva le facies anxieux, en proie à de violentes douleurs du côté gauche. Respiration 60, pouls 160. A l'inspection on trouvait que les mouvements respiratoires étaient exagérés à droite et diminués à gauche. Pas de déplacement de la pointe du cœur. A la percussion, il existait de la matité à la base du côté gauche, la limite supérieure variant avec les changements de position. Sur cette zone, abolition du murmure respiratoire. Suppléance à droite. De plus, crépitation superficielle dans la région iliaque correspondante.

L'auteur, sans soupçonner la rupture œsophagienne, ignorant aussi l'ingestion d'un liquide, pensa à une hémorragie dans la cavité pleurale gauche. La malade déclina rapidement et mourut onze heures après son accident. Il est à remarquer que, durant ce temps, sauf la douleur signalée, elle n'eut pas de vomissements et toussa fort peu, avant d'avoir pris de la nourriture. L'accident était survenu deux heures après son déjeunesr. Autopsie, faite par M. Mac. Stanton. Les principales lésions furent ainsi décrites : la cavité pleurale droite contenait 500 c. c. de liquide légèrement teinté de sang ; la cavité pleurale gauche 1100 c. c. de liquide noirâtre, teinté de jaune. Dans le médiastin postérieur, devant l'aorte descendante, à 2 cm. au-dessus du diaphragme, était une déchirure de forme irrégulière et du diamètre de 2 cm., ouvrant dans la cavité pleurale gauche. De là s'écoulait une matière semblable à celle de la cavité pleurale. Une sonde s'engageait par cette ouverture dans l'orifice cardiaque de l'estomac d'une part, dans l'œsophage d'autre part. Il y avait aussi dans les tissus pelviens rétro-péritoneaux de l'exsudat sanguin et l'os pelvien était fracturé lui-même en trois points, notamment à la symphyse et à la région sacro-iliaque. Diagnostic anatomique : *rupture traumatique de l'œsophage*, avec issue du contenu stomacal dans la plèvre gauche.

A la suite de ce cas, de nombreuses dissections furent faites à l'Albany Medical College, en vue de déterminer le mécanisme de pareille rupture. On trouve un autre

cas, dans la littérature médicale où la rupture eut lieu également par compression du thorax (Raimondi 1887). Whipham en observa un autre chez un homme, par chute de cheval. Le mécanisme ne fut pas élucidé, car l'éclatement sur les vertèbres verticales de l'œsophage distendu n'est rien moins que démontré. L'influence du vomissement, l'estomac étant plein, est une conjecture plus admissible. Quoique les signes de tous les cas connus concordent, le diagnostic de cet accident est rarement fait sur le vivant. On aura soin de ne pas confondre avec lui les ruptures par ramollissement cadavérique de ce conduit, qui ont été opposées à quelques cas douteux.

On conçoit que le traitement consistera à combattre la douleur et alimenter le blessé uniquement par voie rectale haute. La chirurgie moderne du médiastin, en montrant que le thorax peut être abordé par ses deux faces antérieure ou postérieure, pour d'autres causes que l'enlèvement des corps étrangers des poumons ou des bronches, nous donne l'espoir qu'une intervention pourra être heureusement tentée dans les cas de ce genre. La thoracotomie postérieure conviendrait spécialement à la rupture de l'œsophage. On en trouve une description dans l'opérative Surgery de J.-D. Bryant, 1903, qui renferme aussi des détails sur l'opération de Curtis. Mais il ne faut pas se dissimuler, malgré cet espoir, que le problème est compliqué. La condition alarmante des patients, la difficulté de connaître le siège de la déchirure, les risques d'hémorragie sont autant de circonstances fâcheuses, auxquelles il convient d'ajouter le collapsus pulmonaire pendant l'opération. Enfin, la rupture siège souvent *dans le tiers inférieur* et, de l'avis de Bryant, l'opération au-dessous de la neuvième vertèbre dorsale n'est pas justifiable, à cause de la grande difficulté de découvrir l'œsophage à ce niveau.

A. Benoit.

La hernie épigastrique, par Alexandre Miles (*The Edinburgh med. journal*, avril 1903). — Revue avec citation de cas, de toutes les hernies de la ligne blanche, qui apparaissent entre l'ombilic et la pointe sternale. L'apparence lipomateuse de beaucoup de ces tumeurs, leur réductibilité habituelle, ainsi que l'intermittence de leur apparition sont choses aujourd'hui connues. C'est dans l'adolescence qu'on les rencontre le plus souvent. L'auteur paraît croire que leur tendance à la guérison spontanée est rare. Or, c'est plutôt le contraire, car beaucoup de ces jeunes malades que l'on a vus une fois ne reparaissent plus. Or, l'incommodité des bandages destinés à contenir ces hernies est telle, qu'ils ne sont pas tolérés. En réalité, comme elles ne sont pas situées en un point maximum de pression abdominale et n'augmentent que sous les efforts, la toux en particulier, il faudrait plutôt admettre que la musculature abdominale en se développant favorise leur guérison spontanée. Mais ce que M. Miles fait ressortir avec raison, c'est qu'elles sont susceptibles *d'étranglement* subit, alors qu'elles n'avaient jamais inquiété jusque-là les malades. C'en est assez pour justifier son opinion que toute hernie permanente de cette région doit être traitée par la *cure radicale*, qui, en l'absence de tout accident est simple et facile. On découvre l'anneau par une incision verticale ou transversale, on libère le sac, on l'ouvre, le divise si c'est nécessaire avant de le lier, et on le fixe à l'intérieur du ventre par une suture au catgut (Macewen), de façon à former bouchon. Quant aux piliers de l'anneau, suivant les cas, on les suturera par une suture entrecroisée soit verticalement, soit au contraire tranversalement.

Lorsqu'on opère pour lever l'étranglement, on se hâtera ; une incision *semi-lunaire* serait préférable, pour éviter le voisinage parfois immédiat d'une anse intestinale. Mais il est tout aussi simple que dans une autre hernie, une fois l'obstacle reconnu et levé, de faire la résection d'une anse de jejunum gangrenée et de réunir bout à bout. Si les vomissements persistent, on les fera cesser par le lavage de l'estomac.

A. Benoit.

Curabilité de la gastrite chronique, par Rodari (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 9 juillet 1906). — La curabilité dépend de l'exactitude du diagnostic et du traitement, et de l'obéissance des malades. Il ne faut instituer une médication qu'après avoir examiné minutieusement le fonctionnement de l'estomac, et ne pas croire que l'administration d'un remède inefficace (en cas d'erreur de diagnostic), ne présente que peu d'inconvénients. En revanche, le traitement médicamenteux bien dirigé a beaucoup plus d'importance que ne le croient beaucoup de spécialistes.

Il résulte de ces deux constatations que le traitement médicamenteux peut arriver à modifier le type d'une gastrite, faire ap-

paraître de l'hypochlorhydrie là où existait auparavant de l'hyperchlorhydrie, et *vice versa ;* en outre, en présence de modifications insignifiantes du chimisme, il est préférable de recourir au régime seul.

L'auteur n'accorde aux amers et eupeptiques qu'un rôle tout à fait secondaire : l'acide chlorhydrique, qui ne saurait être prescrit à doses suffisantes, exerce, aux doses habituelles, une action antiseptique légère qu'on peut exalter par addition d'un peu de résorcine.

Les préparations à base de pepsine n'ont aucune valeur, et la papaïne leur est beaucoup supérieure, surtout si on l'additionne de peroxyde de magnésium.

E. VOGT.

Pathogénie et traitement de l'entérite muco-membraneuse, par ALBU (*Ther. der Gegenwart*, 9 juin 1906). — Il faut avant tout combattre le spasme intestinal au moyen d'applications chaudes, de bains de siège, etc. En même temps, on prescrira des suppositoires belladonnés (0,01 à 0,02 grammes par dose). S'abstenir des opiacés. Les lavements d'huile avec ou sans eau savonneuse, à basse pression, ne devront pas être négligés.

Régime lacto-végétarien (les végétaux en purées). Il faut sévèrement défendre toute introduction dans le tube digestif de cellulose. Quant aux bromures, ils sont sans aucun effet : un massage prudent rendra des services, ainsi que la faradisation.

Les lavements au tannin sont nettement contre-indiqués, car ils peuvent provoquer des spasmes. En revanche, on pourra, pour faire évacuer les mucosités, recommander l'ingestion, une fois par semaine, d'huile de ricin.

E. VOGT.

Une opération simple pour hémorroïdes, par HENRY RANDELL (*The Pratictioner*, juillet 1906). — Voici la méthode que l'auteur a employée dans plus de 300 cas :

On nettoie le rectum par un lavement, le malade s'asseoit ensuite sur un vase contenant de l'eau chaude, pour bien faire sortir les hémorroïdes, puis on l'endort. On saisit les hémorroïdes avec une pince et on les lie aussi près que possible de leur base avec du fort catgut. Si une hémorroïde est trop forte pour être comprise dans une ligature, il vaut mieux la transfixer et la lier en deux parties. On excise alors les hémorroïdes avec les ciseaux, très près des ligatures pour que celles-ci tombent. L'opération est achevée. On applique un suppositoire morphiné et on porte le malade au lit.

Le lendemain, on donne un léger laxatif, qu'on répète le jour suivant, si c'est nécessaire. Puis, le patient peut se lever et marcher. Il peut, le plus souvent, reprendre ses occupations en moins d'une semaine.

Cette guérison rapide est due aux circonstances suivantes :

La ligature avec du fort catgut est serrée si étroitement qu'elle rompt la tunique interne des vaisseaux qu'elle comprend ; aussi, lorsque les hémorroïdes sont excisées et que la ligature tombe, il ne se produit pas d'hémorragie. Il ne reste pas de ligatures ou de sutures dans le rectum, agissant comme des corps étrangers irritants. Il y a seulement des plaies propres, guérissant rapidement.

L'usage d'un laxatif salin le lendemain enlève tout le sang que peut contenir le rectum et prévient toute hypérémie.

Il est inutile d'employer des opiacés ou des astringents, et par conséquent des lavements, et la mixtion n'est jamais entravée.

On a reproché à cette méthode d'exposer à de sérieuses hémorragies. En général, il n'en est rien. Dans un seul cas, un malade eut une hémorragie abondante qui fut facilement arrêtée par l'application d'un tampon dans le rectum pendant 24 heures. Les malades ne sont pas non plus exposés à la récidive et l'auteur n'a jamais opéré une seconde fois, bien que plusieurs patients aient été opérés auparavant par d'autres méthodes.

L. JUMON.

Quelques usages de l'adrénaline dans la cavité péritonéale, par EMERY MARVEL (*The Therap. Gazette*, 15 juin 1906).— Dans cette communication, le terme adrénaline est employé pour désigner le principe vasoconstricteur des capsules surrénales. Sa propriété vaso-constrictive et son action sur la presion sanguine font qu'elle peut trouver des applications dans certains états pathologiques de la cavité péritonéale. Ces états sont l'hémorragie locale lente, résultant par exemple de la rupture d'adhérences, la péritonite exsudative ou plastique, le shock accompagné d'une dépression vasomotrice générale et de la réplétion des vaisseaux abdominaux, ce qui est le cas le plus commun.

Pour combattre le shock, il est nécessaire de provoquer le tonus vaso-moteur afin de

forcer le sang à reprendre son cours. L'adrénaline est particulièrement indiquée ici. L'injection intra-veineuse serait peut-être le moyen le plus sûr d'administrer ce médicament, mais, si le shock coïncide avec une opération abdominale, on arrive plus vite au résultat cherché en injectant la solution médicamenteuse dans la cavité péritonéale. Dans ce cas, l'adrénaline doit être dissoute dans la solution saline normale introduite dans l'abdomen. Si le shock est le résultat d'une forte hémorragie, l'introduction de l'adrénaline en solution saline répond à une double indication: restituer le liquide perdu et stimuler le cœur et les vaso-moteurs.

Dans le cas de rupture d'adhérences, l'épanchement de sang est une cause d'infection à laquelle ne remédie pas toujours le drainage. L'adrénaline aura l'avantage de supprimer le saignement. Elle peut de même être employée avec succès pour prévenir ou limiter les adhérences provenant d'une péritonite exsudatrice aiguë.

Dans ce but, l'auteur emploie environ quatre grammes de la solution au millième, dilués dans un demi-litre ou un litre de solution saline normale. Jamais l'auteur n'a observé d'inconvénients résultant de cette manière de faire. Ses observations sont au nombre de trente-huit.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Le massage du cœur chez l'homme, par M. CH. LENORMANT (*Rev. de ch.*, 10 mars 1906). — Cette question a soulevé naguère un intérêt compréhensible. Nous reproduisons les conclusions, après étude expérimentale et statistique, de l'auteur qui met au point ce sujet.

Eliminant dans les différentes techniques la voie *sterno-costale*, peu encourageante, la voie *abdomino-trans-diaphragmatique*, inefficace, il faut actuellement donner la préférence à la voie d'accès la plus simple et la moins mutilante, la voie *abdomino-sous-diaphragmatique*. De fait, c'est celle qui a donné le plus de guérisons définitives.

La voie qui consiste à aller saisir le cœur à travers le diaphragme avait été accueillie avec faveur. Terrier et Reymond l'ont préconisée, comme rapide et permettant de continuer la respiration artificielle. Mais Lane imagina presqu'en même temps, le massage par *voie abdomino-sous-diaphragmatique* et montra que l'on peut exercer des compressions utiles sur l'organe à travers le diaphragme intact. Dès lors, pourquoi ouvrir le muscle, entamer le péricarde ? Il est préférable de faire une simple incision médiane sus-ombilicale suffisante pour introduire la main. Au cours d'une laparotomie, les choses sont encore plus simples, et on y recourt immédiatement, au cas de syncope chloroformique. On évite en outre une suture du diaphragme dont l'exécution serait d'une haute difficulté, comme il arrive dans les plaies diaphragmatiques.

Le massage du cœur, dit encore M. Lenormant, est supérieur à la respiration artificielle ; lorsque le cœur est réellement arrêté, il s'adresse à l'arrêt circulatoire. Or, comme on n'a pas obtenu de guérison définitive après plus de 8 minutes d'arrêt du cœur, lorsque la respiration artificielle a été employée, avec les autres moyens, pendant 5 à 6 minutes sans succès, l'auscultation révélant la suppression complète des battements cardiaques, il faut recourir au massage du cœur. A. BENOIT.

La digitaline dans le pouls lent permanent, par FIESSINGER (*Journ. des praticiens*, 23 juin 1906). — Dans cette forme cardio-bulbaire de l'artériosclérose, la théobromine, par la diurèse qu'elle provoque, diminue la pression artérielle : on la donnera à des doses de 0 gr. 50, 2 ou 3 fois par jour. Mais on obtiendra mieux encore en lui associant la trinitrine et la digitaline :

Solution alcoolique de trinitrine à 1 00/00.... XXX gouttes.
Eau distilée..... 300 grammes.
3 à 6 cuillerées à dessert par jour.

La digitaline sera donnée à doses pas trop élevées ; cinq gouttes de la solution de digitaline cristallisée à 1 00/00 seront continuées pendant 8 jours, puis on prescrira un repos de 4 jours pour continuer ensuite. Le pouls devient d'ordinaire plus fréquent à partir du 3e ou 4e jour, tout en continuant à rester lent : les malaises matinaux caractéristiques s'atténuent aussi : il en est de même pour les malaises qui se mani-

festent au moment du travail digestif. Pour ces derniers, ils seront en outre favorablement influencés par une alimentation peu abondante, de digestion aisée.

Grâce à l'association de ces trois médicaments, on obtient de remarquables résultats dans une affection dont le pronostic est des plus sérieux.

E. VOGT

Hypertension et bains carbo-gazeux, par HEITZ (*Rev. de médecine*, 10 juin 1906). — Le bain ne s'applique qu'aux hypertensions chroniques constatées à plusieurs reprises, chez un malade, dans les circonstances normales de la vie.

Au moment où le gaz provoque une vasodilatation intense des réseaux cutanés, la pression artérielle baisse notablement : la répétition des bains finit par vaincre les tendances spasmodiques des artères périphériques. Ce sont les troubles dûs à ce dernier spasme qui disparaissent les premiers (doigt mort, etc.).

Les troubles cardiaques, à type névrosique (étouffements, intermittences conscientes, palpitations, etc.), cèdent de même. Pour les troubles mécaniques, ils sont, eux aussi, nettement justiciables du bain carbo-gazeux : l'auteur a noté la disparition d'un souffle d'insuffisance centrale fonctionnelle et d'un bruit de galop.

Sur quatre cas d'angine de poitrine, les crises ne se sont plus manifestées, chez deux sujets, depuis 8 et 14 mois, après le traitement par les bains. Chez deux autres angineux avec tension moyennement élevée, la crise a reparu au bout de 8 à 6 mois seulement.

Pour les troubles cérébraux (insomnie, céphalées, vertiges), ils ont diminué nettement dès que s'abaissait la tension : toutefois, ils reparurent chez un des malades au bout de quelques mois.

L'albuminurie, conséquence probable de la vaso-constriction rénale, a entièrement disparu chez 4 malades. Chez d'autres, des eczémas, des prurigos, des migraines périodiques ont disparu.

En résumé, les hypertendus fonctionnels sont les plus constamment et les plus rapidement modifiés ; même résultat pour les hypertendus neurasthéniques et les préscléreux.

Si on soupçonne l'existence d'altérations profondes du myocarde, on ne tentera pas l'épreuve du bain carbo-gazeux : les crises d'angine d'effort ne constituent une contre-indication absolue que si elles ont alterné antérieurement avec des crises d'asthme cardiaque. En tous cas, si dans le bain l'hypertension ne se modifie pas, il faut interrompre la cure sans hésiter.

E. VOGT.

Action des bains hydro-électriques dans les diverses affections cardio-vasculaires. Courants sinusoïdaux par ALBERT-WEILL et MOUGEOT (*Journ. de physiothérapie*, 15 juin 1906). — Les recherches des auteurs démontrent que le bain hydro-électrique à courant sinusoïdal : 1° *augmente la pression artérielle* d'une façon constante et énergique, et agit en cela d'une façon diamétralement opposée à celle du bain à courants triphasés ; 2° agit d'une façon inconstante et faible sur la pression capillaire.

3° Les modifications du tracé du pouls radial, l'absence d'amplification du dicrotisme et du pouls capillaire, l'absence de vasodilatation périphérique montre que le bain sinusoïdal ne diminue pas les résistances phériphériques ; il paraît même les augmenter.

4° Le cœur hyposystolique dilaté peut se rétracter du fait du bain sinusoïdal et diminuer sa dilatation ; mais ce phénomène est beaucoup moins certain qu'avec le bain à courants triphasés et surtout le bain carbo-gazeux qui paraissent diminuer nettement les résistances de vaisseaux périphériques.

Le bain hydro-électrique à courant sinusoïdal peut être avantageusement employé dans le traitement des hypotensions *sine materia* ou sans lésion cardiaque, et chez les mitraux dont le myocarde est encore résistant ; dans cette dernière application, il y aura lieu toutefois de surveiller tout particulièrement le volume du cœur. En effet, s'il y a, de par la physiologie, deux façons d'augmenter la pression artérielle, soit par action tonique sur le cœur, soit par vaso-constriction périphérique, le bain sinusoïdal paraît agir surtout d'après ce second mode, qui doit être évité dans certains cas.

E. VOGT.

La digitaline dans l'angine de poitrine, par FIESSINGER (*Journ. des praticiens*, 14 juillet 1906). — La digitaline n'agit pas dans la fausse angine de poitrine, sans lésion des coronaires et d'origine nerveuse ou réflexe : dans l'angine due à la coronarite ou à la myocardite, il en est tout autrement, à condition d'user de doses très

faibles (cinq gouttes de la solution à 1 00/00 de digitaline cristallisée). On continue 10 jours, on interompt 10 à 15 jours et on reprend. En outre, avant les repas de midi et du soir, on administrera un cachet de 0,50 gr. de théobromine.

Il semble que la digitaline réussisse surtout dans les cas où on constate de la dyspnée d'effort ; il est donc préférable de s'en abstenir au début de l'affection ; à ce moment c'est le traitement diététique qui sera plutôt indiqué. Les repas seront peu abondants : on fera maigrir les obèses : si ces derniers sont âgés de 70 ans et davantage, on peut même observer des guérisons dans ces conditions ; le pronostic de l'angine de poitrine est du reste d'autant moins sombre que le sujet est plus vieux. Au début, la trinitrine, les iodures, les théobromine, associés ou alternés, constitueront la médication de choix. Les révulsifs sur la région précordiale sont souvent très utiles.

Quand, de cette façon, l'angineux est amélioré, on pourra recourir à la digitaline, qui leur permettra de se livrer à la marche. Il est cependant des cas où au bout de 10 jours de digitaline, aucune amélioration n'est survenue : en ce cas, mieux vaut interrompre.

E. Vogt.

Maladies du système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de l'insomnie, par Sir W. Broadbent (*The Practitioner*, juillet 1906). — Dans ce travail, l'auteur se propose de considérer l'insomnie comme le principal, sinon le seul trouble éprouvé par le malade et exigeant un soulagement. Le but du traitement est surtout de supprimer l'obstacle apporté au sommeil. Si l'insomnie est due à de la douleur, on donne de l'opium ou de la morphine, mais plutôt pour supprimer la douleur, obstacle au sommeil. Il serait irrationnel d'employer ces médicaments par exemple dans les cas de démangeaisons. Dans le cas de fièvre vive, des lotions ou des bains froids sont des remèdes supérieurs aux hypnotiques. Dans le *delirium tremens*, une vigoureuse affusion froide amènera un sommeil profond là où la morphine ne donne pas de résultat.

Il existe des causes plus obscures d'insomnie : c'est, d'abord, une tension artérielle élevée, qui maintient une activité circulatoire cérébrale incompatible avec le sommeil. Une dose de calomel donnée le soir est le meilleur remède, et il est à remarquer que le sommeil vient immédiatement, tandis que l'action purgative ne se manifeste que le matin. On peut ainsi maintenir la pression artérielle peu élevée en donnant du calomel tous les deux jours, ou deux fois par semaine.

Le chloral a une action particulièrement favorable lorsque la pression sanguine est élevée, parce qu'il dilate les vaisseaux périphériques.

L'insomnie due à l'abaissement de la pression sanguine est plus rare et peut se rencontrer dans les maladies fébriles aiguës, bien que la principale cause du symptôme soit les toxines. Un bain froid, des lotions froides excitent la tonicité, relèvent la pression et procurent le sommeil.

Le caractère de l'insomnie avec abaissement de la tension vasculaire est la somnolence dans la position assise, tandis que le malade ne dort pas dans la position couchée. Il en est de même dans certaines formes d'affections cardiaques. Le remède à cette insomnie n'est pas dans les narcotiques, mais dans un tonique cardio-vasculaire : digitale, théobromine ou caféine. Souvent, une tasse de thé de bœuf très chaude, ou même une tasse de café ou de thé déterminent le sommeil.

La cause la plus commune de l'insomnie réside dans les troubles gastro-intestinaux accompagnés de flatulence. Dans tous les cas, il faut donc examiner les fonctions digestives et pratiquer l'examen physique de l'abdomen. Le repas du soir devra être léger et on devra réduire la quantité des aliments amylacés et des légumes verts. Le traitement devra être dirigé contre les fermentations, auquel cas on pourra recourir au salol, naphtol, créosote, sans oublier le calomel.

Dans l'insomnie qui survient chez les vieillards, par suite de la dégénérescence vasculaire, on pourra prescrire sans inconvénient des doses modérées d'opium. Par contre, on devra éviter le chloral.

Chez les sujets jeunes neurasthéniques, on se gardera de laisser les hypnotiques à la discrétion des malades. Dans le cas où l'insomnie tient à des causes morales, on peut recourir aux hypnotiques, mais avec l'intention d'en interrompre fréquemment l'usage ; on aura recours au groupe du chloral et on évitera l'opium.

L. Jumon.

Traitement de la migraine et des céphalées toxiques, par WILFRID HARRIS (*The Practitioner*, juillet 1906). — Pour que le traitement de la migraine soit rationnel, il faut d'abord chercher à en connaître les causes. On connaît ses relations avec les névroses paroxystiques, surtout avec l'épilepsie, l'asthme, l'angine vaso-motrice. Dans tous les cas, la migraine semble s'accompagner d'une certaine hypérémie cérébrale, de sorte qu'on a pu obtenir un soulagement au moins momentané par un bain chaud prolongé, en appliquant des compresses froides sur la tête. Une tasse d'eau ou de thé très chaud peut avoir le même effet en diminuant la presion vasculaire du cerveau par suite de la réplétion sanguine des viscères.

Par contre, la céphalalgie, qui est si commune dans l'anémie, est le résultat d'une irrigation sanguine défectueuse. Dans ce cas, la douleur cédera à l'inhalation de nitrite d'amyle ou à la nitroglycérine, ou encore à un bain de pied froid. Une fois l'accès de migraine constitué, il ne cède à aucune drogue, parce que la fonction d'absorption digestive est arrêtée et que l'estomac rejette souvent le médicament.

Lorsque les malades en sont arrivés à reconnaître les prodromes de l'accès migraineux, ils pourront arrêter ces accès par une bonne dose de phénacétine ou de citrate de caféine. Dans les accès graves, l'auteur recommande 1 gr. 30 de phénacétine avec 0,60 centigr. de citrate de caféine dès l'arrivée de l'aura et, si possible, le malade se couchera pour observer un repos aussi complet que possible durant deux heures. Si les accès sont fréquents, l'auteur conseille 0,60 centigr. de chacun des bromures trois fois dans la journée, avec une petite dose d'arsenic. Dans la céphalée menstruelle, il est préférable de prescrire 0,60 centigr. de butyl-chloral et quinze gouttes de teinture de gelsémium, deux jours avant l'arrivée présumée des symptômes, jusqu'à deux jours après le début des règles. Quelques malades réagissent mieux à l'antipyrine qu'à la phénacétine, d'autres à la phénacétine, au pyramidon, etc. Pendant l'accès, on peut parfois améliorer considérablement la douleur par le massage du front et de la tête, combiné aux courants de haute fréquence sous forme d'étincelle sur la tête. Il en est de même de l'étincelle statique négative.

Le traitement de la migraine neurasthénique est celui même de la maladie causale. Les glycérophosphates et le bromure d'ammonium seront utiles, et il vaudra mieux s'abstenir de la strychnine. Le repos au lit, l'isolement, l'alimentation, le massage et les bains électriques seront les meilleurs moyens de traitement.

La céphalalgie est le symptôme dominant de l'anémie chez les personnes qui sont en même temps lymphatiques ; on donnera 1 gramme de lactate de calcium trois fois par jour.

On recherchera les migraines ou les céphalées d'origine congestive, d'origine réflexe, rhumatismale, goutteuse ou toxémique pour leur appliquer un traitement approprié.

Dans l'influenza, l'auteur donne l'aspirine, qu'il fait suivre du mélange suivant :

Phénacétine	0 gr. 50
Citrate de caféine.....	0 gr. 30
Bromure d'ammonium..	1 gr.
Eau chloroformée.....	30 gr.

L. JUMON.

Valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans l'épilepsie symptomatique, par ROUX et JOUBERT (*La Province médicale*, 30 juin 1906). — Un homme de 46 ans eut, à 37 ans, une première crise épileptique, qui se renouvela ensuite deux ou trois fois par mois. Sous l'influence de la bromuration continue, les crises diminuèrent beaucoup. Une ponction lombaire, faite en 1903, fait constater une lymphocytose abondante. On songe alors à une syphilis cérébrale et on fait des injections de calomel qui ne donnèrent absolument aucun résultat. L'iodure de potassium aggrave les crises. On rejette l'hypothèse de la syphilis, pour adopter celle d'un tubercule cérébral.

Avant la ponction lombaire, le malade avait été traité par la bromuration intense et continue, qui n'avait pas complètement supprimé les crises, mais qui avait plongé le malade dans un état de demi-abrutissement empêchant tout travail. La première ponction lombaire procura une sensation de soulagement, de bien-être, d'éclaircissement intellectuel ; les crises devinrent plus rares et plus légères. La ponction fut répétée plusieurs fois dans un but diagnostique. Mais le malade remarqua lui-même l'amélioration considérable qu'il en retirait et réclama lui-même la ponction ; au bout de quelque temps; il fut assez bien pour remplir les fonctions d'infirmier. Lorsqu'il n'a pas été ponctionné depuis longtemps, il se sent mal à l'aise, avec des maux de tête et des vertiges qui disparaissent sitôt après l'opération. Si on ne le ponctionne pas, les

grandes crises avec perte de connaissance reparaissent, et le malade réclame ses piqûres avec insistance. Il est soumis, néanmoins, au traitement bromuré, mais à faible dose, 3 grammes par jour, sans régime particulier. L. JUMON.

Myasthénie bulbo-spinale, par F. RAYMOND (*Archives médico-chirurgicales du Poitou*, juillet 1906). — Dans cette leçon inédite, le professeur Raymond donne l'histoire de deux malades atteints de cette affection, dont il rappelle les caractères cliniques et l'évolution. Au point de vue des causes, les cas peuvent être répartis en trois groupes. Dans une première catégorie, on ne relève aucune cause tangible en dehors des conditions banales, qui n'ont guère de valeur pathogénique.

Beaucoup de malades invoquent le surmenage physique et intellectuel. La myasthénie ne serait, ici, que l'exagération de la fatigue qui apparaît naturellement à la suite du travail et qui pourrait engendrer la lésion nerveuse chez les prédisposés. Mais cet élément étiologique manque, dans un certain nombre de cas.

Plus souvent, on retrouve dans les antécédents des maladies diverses ayant pu, par des infections ou intoxications, provoquer les troubles nerveux. La myasthénie s'observe ainsi chez les tuberculeux menacés d'affections secondaires. On l'a observée à la suite de la grippe, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, dans la syphilis, etc. On a incriminé avec quelque raison les intoxications exogènes et les auto-intoxications. Les intoxications par des produits alimentaires avariés, caviar, saucisse, par des sels minéraux, notamment par les sels de baryum entrant dans la composition de l'eau oxygénée pour la teinture des cheveux ont paru provoquer la myasthénie.

La myasthénie bulbo-spinale a été observée chez des diabétiques, chez des goutteux, chez des femmes ayant souffert d'anémie grave, dans la puerpéralité, ou à la suite de perturbations des fonctions génitales.

On a publié des cas où la paralysie asthénique était associée au goître exophtalmique, à la chorée, à la migraine ; dans quelques cas, elle a paru être une manifestation de l'insuffisance hépatique ou rénale. On peut enfin noter chez les malades des anomalies congénitales qui ont conduit à penser que la fibre musculaire était aussi frappée d'une débilité congénitale. Le traitement a forcément peu d'action dans une maladie dont on connaît si peu la nature. Il sera d'abord indiqué de recommander le repos à tous ces malades, chez qui la fatigue est précoce. Comme intervention active, M. Raymond met en garde contre l'emploi de l'électrisation, qui peut être dangereuse. On peut conseiller le massage léger des masses musculaires, faire quelques injections de sérum pour relever les forces et la pression artérielle. Il sera encore bon de chercher dans l'opothérapie, thyroïdienne ou surrénale, une médication plus active.

L. JUMON.

Les paralysies oculaires dans le tabès, traitement, par BABINSKI (*Journal de médecine interne*, 15 juin 1906). — L'étude d'un cas de paralysie oculaire chez une femme tabétique a fourni au professeur l'occasion de traiter la question de l'opportunité d'une cure mercurielle dans le tabès. Beaucoup pensent que le mercure est non seulement inutile, mais nuisible aux tabétiques. Cependant, M. Babinski est d'un avis opposé, car, depuis assez longtemps qu'il soumet ces maladies au traitement intensif et prolongé, il en obtient des résultats satisfaisants. En admettant même, dit-il, que le tabès ne soit pas d'origine syphilitique, il ne faudrait pas en conclure que le mercure est sans action dans cette maladie. Les adversaires du traitement répliquent que certains tabès n'évoluent pas et restent longtemps stationnaires, sans jamais avoir été soumis au traitement mercuriel, tandis que d'autres, mercurialisés dès le début, ont évolué d'une façon grave. Le fait est vrai, car le tabès offre une marche très variable, suivant les sujets. Mais, en appréciant l'ensemble des observations, il est certain que le traitement spécifique améliore l'état des tabétiques. Sous son influence, Babinski a vu le tabès devenir plus bénin, et les cas graves à marche rapide, avec cécité, incoordination totale, sont infiniment plus rares qu'autrefois. Le mercure, administré maladroitement et d'une manière trop intensive, peut causer de graves désordres. Aussi, Babinski recommande de proportionner soigneusement à la tolérance de chaque malade en particulier les doses des injections de calomel, que l'on doit continuer pendant des mois et même des années, avec des périodes de repos.

L. JUMON.

Guérison des contractures hystériques par l'anesthésie lombaire, par WILMS (*Deutsche*

med. Wochenschrift, 14 *juin* 1906). — L'auteur s'est basé sur le fait que l'anesthésie obtenue par l'injection lombaire de stovaïne (la novocaïne produit le même effet) s'accompagne de parésie musculaire, pour faire disparaître une contracture hystérique de la jambe gauche ayant résisté à toutes les médications.

Il a suffi d'une seule injection de 0,06 gr. pour obtenir ce résultat. Dès que la parésie musculaire fût réalisée, on fit marcher le malade qui a été revu plusieurs fois depuis et continue à se mouvoir avec une béquille, car il reste une ankylose tibio-tarsienne ; le malade a refusé une seconde injection, dans la crainte sans doute de perdre une rente qui lui fut allouée.

La cocaïne, qu'on injecte à doses moins élevées que la stovaïne ou la novocaïne, ne provoque pas de parésie et ne pourrait en conséquence être utilisée dans des cas analogues. E. VOGT.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Corps étrangers de l'oreille, par WICART (*Le Médecin-praticien*, 20 juin 1906). — S'il s'agit de corps vivants, les tuer sur place en remplissant le conduit avec de l'huile mentholée à 1 0/0. Après quoi, on procède comme pour les autres. Les corps inertes réclament d'abord des injections d'eau bouillie tiède. Il est formellement interdit de faire aucune manœuvre avec n'importe quel instrument sans le secours du spéculum et du miroir frontal, éclairant tout le conduit. L'injection, même mal faite, n'a jamais causé d'accidents. Si le corps étranger est lourd, mais mobilisable, il faut faire pencher la tête du côté de l'oreille encombrée, afin de faciliter la sortie du corps étranger. L'enclavement de ce dernier peut être un obstacle à sa sortie. Si les parois du conduit auditif sont tuméfiées, il faut, pendant plusieurs jours, faire des injections tièdes d'eau oxygénée très étendue (200 grammes d'eau bouillie pour deux cuillerées à soupe d'eau oxygénée), et instiller trois fois par jour quelques gouttes de la solution suivante :

Glycérine	30 gr.
Alcool absolu.....	20 gr.
Acide salicylique.....	0 gr. 75

Pendant la nuit, pansements humides très chauds sur l'oreille. L'inflammation s'atténue, le gonflement diminue et, si le corps étranger ne sort pas spontanément, on a recours de nouveau à des injections. Avant de se servir de l'injection, on peut avec avantage instiller dans l'oreille soit la solution ci-dessus, soit de la glycérine boratée ou de l'huile de vaseline.

Si le corps introduit est mou et tuméfié, le réduire en instillant deux ou trois gouttes d'alcool à 60° deux fois par jour, à condition que le corps soit organique et homogène : haricot, pois.

Pour l'ouate, la mie de pain, le papier, se servir de la pince à oreille et de l'injection. Sauf chez l'enfant indocile, l'anesthésie générale n'est jamais indiquée pour l'extraction d'un corps étranger de l'oreille par les voies naturelles.

M. Wicart rappelle certaines règles générales pour prévenir en partie les accidents dans l'extraction : Soulever le corps étranger de bas en haut et d'avant en arrière, lorsqu'il a dépassé la partie cartilagineuse. Se servir non d'une pince, mais d'une épingle ordinaire, dont la pointe émoussée fasse crochet et qu'on fixe solidement dans les mors d'une pince à forcipressure. Le crochet, agissant à la fois comme levier, rend de grands services. On peut, dans certains cas, se servir de la pince à dents de souris.

S'il existait une perforation du tympan avant l'introduction du corps étranger, l'injection n'aurait pas d'effet utile et il faudrait faire l'extraction par les instruments.

Si des manœuvres ont poussé le corps étranger dans la caisse à travers un tampon intérieurement intact, on versera dans l'oreille, trois fois par jour, quelques gouttes du mélange suivant :

Glycérine	60 gr.
Acide phénique.....	1 gr.
Menthol	0 gr. 50
Chlorhydrate de cocaïne	1 gr.

Boucher l'orifice du conduit externe avec de l'ouate, appliquer des compresses humides et chaudes sur l'oreille et la mastoïde. Recourir à une intervention spéciale qui se fera par les voies naturelles ou par l'intermédiaire d'une plaie rétro-auriculaire.

L. JUMON.

Les injections sous-cutanées de paraffine pour difformités nasales et autres, par ANDREW D.-KIRKPATRICK. (*The therapeutic*

Gazette, 1906, n° 1). — Les injections de paraffine sont employées plus couramment par les chirurgiens américains, qu'elles ne paraissent l'être en Europe, malgré les piètres résultats des opérations antoplastiques dirigées contre les déformations si choquantes du nez. Aussi paraît-il bon de montrer que non seulement on ne les a pas abandonnées en d'autres lieux, mais qu'on a perfectionné leur technique. Les injections de substances en fusion solidifiables ont été accusées de produire des thromboses, d'être instables dans les tissus, enfin d'avoir causé du sphacèle partiel. Voici de quelle manière l'auteur répond à ces diverses critiques avant de citer les trente cas qui lui ont donné des résultats satisfaisants.

Les pionniers de la prothèse furent successivement, le Dr Corning, de New-York, qui, dès 1892, expérimenta avec des huiles stérilisées et avec de la vaseline fondue. Ce n'est qu'en 1899, que Gersuny de Vienne communiqua son premier cas de prothèse avec une nouvelle substance, la *paraffine*, dont il se servit pour refaire les testicules. Et depuis, M. Heath de Saint-Paul et Lynch, de New-York, puis Harmon Smith et Morton, de San Francisco, publièrent leurs essais. On possède aujourd'hui une série de planches histologiques montrant qu'au bout de plusieurs mois, la paraffine, agissant comme corps étranger, ne demeure pas néanmoins encapsulée, mais qu'ayant donné naissance à un processus inflammatoire, elle est peu à peu pénétrée guins, et qu'elle a subi une réduction en conjonctives et même des vaisseaux sanguins, et qu'elle a subi une réduction en volume. Il s'agit là d'une véritable hyperplasie fibreuse. Il semble même résulter de l'examen des microphotographies que si elle disparaît graduellement, elle est remplacée par ce tissu de nouvelle formation. On ne sait encore si les globules sont emportés par les lymphatiques, les leucocytes, phagocytes, ou s'il se produit quelque transformation chimique. Au sujet de l'innocuité des injections, on peut citer les expériences de M. Delmar, qui a pu injecter dans la cavité péritonéale du lapin, deux onces de cette matière sans observer le moindre trouble général ou local. Passons aux faits : On peut juger sur une série de photographies démonstratives que le redressement de la courbe nasale, dans les nez « ensellés » est aussi satisfaisant que possible. Mais il faut observer pour atteindre ce résultat, des règles particulières. L'auteur se sert d'une seringue spéciale de métal (Charles Lentz et fils). Il recommande aussi la seringue du Dr Ritchie, qui permet d'injecter sous le contrôle de la main. Le point de fusion de la paraffine commerciale, qui doit être stérilisée, sera élevé à 106° et plus, par l'addition de vaseline. Il est fort important, pour éviter tout sphacèle, de n'en introduire que juste la quantité suffisante. On aura d'ailleurs la ressource d'en enlever une petite quantité, s'il y avait menace. Jamais l'auteur n'a observé d'amaurose ni de thrombose, ni même d'infection, grâce à de minutieuses précautions opératoires.

A. Benoit.

Les névroses réflexes d'origine nasale, par M. Nemery (*Archives méd. belges*, juin 1906). — Parmi les névroses réflexes dues à une lésion nasale, l'auteur étudie l'asthme, les rhinites spasmodiques, l'hydrorrhée nasale, les accès de toux, les manifestations naso-génitales, les troubles visuels et le goître exophtalmique.

Certaines lésions nasales sont ainsi capables, dans certaines circonstances données, de produire dans le système nerveux des troubles réflexes variés.

Ces lésions sont des sténoses nasales plus ou moins absolues, avec ou sans compresion constante des tissus et de l'organe ethmoïdal, par suite de polypes, d'hypertrophie, d'épaississement de la muqueuse et de déviations de la cloison, d'éperons et du grossissement de cornets accompagné ou non de zones hyperesthésiques. L'existence de ces lésions est très importante à connaître, puisqu'en les faisant disparaître, on fait aussi disparaître les troubles qui en dépendent.

L. Jumon.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Les différents prurits, leur traitement, par Le Gendre (*Journal de médecine interne*, 15 juin 1906). — Le prurit n'est qu'un symptôme dont il faut chercher la cause avec soin, en tenant compte de l'âge, du sexe, de la localisation ; il faut examiner minutieusement les organes afin de savoir s'il ne s'agit pas d'un prurit symptomati-

que d'une affection générale, comme l'ictère, le diabète, l'urémie, la goutte, etc. Dans quelques cas, il succède à l'invasion d'un viscère par le cancer. Il faudra songer à l'intervention d'une affection nerveuse, névropathie ou maladie organique du système nerveux ; ces prurits prémonitoires sont très importants à connaître. Chez les enfants, le prurit anal, expression de la présence des oxyures, nécessitera pendant plusieurs jours de petits lavements de glycérine pure, suivis de lavements savonneux ou d'eau salée, ou d'infusions d'absinthe, ou de suppositoires au calomel, à l'onguent gris.

Contre le prurit vulvaire : continence, lotions chaudes avant le coucher, avec des solutions chloralées à 2 0/0, au coaltar (une cuillerée pour un litre d'eau), suivies de l'application de la préparation de Guéneau de Mussy :

Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre.....	20 gr.
Bromure de potassium.....	
Sous-nitrate de bismuth....	ââ 1 gr.
Calomel à la vapeur.....	0 gr. 40
Extrait de belladone.....	0 gr. 20

Eviter la marche, prendre des bains et des douches tièdes.

Le prurit des adultes arthritiques est justiciable du régime alimentaire, qui sera peu riche en viande. Cesser le vin, l'alcool, le thé, et surtout le café. Eviter les aliments épicés, très salés, poivrés, les salaisons, porc, poisson de mer, crustacés, veau, féculents, parfois le sucre, et surtout les entremets vanillés, ainsi que les asperges, oseille, tomates, épinards et fraises. Tenir compte des idiosyncrasies. Une dame cessa d'avoir du prurit en s'abstenant d'œufs. Il y a une médication antiprurigineuse générale qui comporte la valériane et ses différentes préparations, à l'intérieur ou en lavements, la belladone, l'acide phénique à doses de 0,25 à 0,50 centigr. par jour, par pilules de cinq centigrammes, le bromure de potassium, de sodium et d'ammonium de 1 à 6 grammes par 24 heures, les granules de Dioscoride.

Certains dyspeptiques sentent leur prurit se calmer par l'emploi de l'acide chlorhydrique, de limonade sulfurique, phosphorique. En cas de troubles digestifs, recourir au benzo-naphtol. La médication thyroïdienne a donné de bons résultats dans certains cas de prurits d'origine biliaire.

Le traitement externe comprend l'hydrothérapie tiède, les bains d'amidon, de tilleul, la douche en pluie, les enveloppements de toile très fine imbibée d'eau bouillie froide. Les lotions chaudes peuvent être très efficaces. Combattre le prurit sénile par le brossage à sec des téguments. Pour un prurit très localisé, badigeonner avec une solution de nitrate d'argent à 1 0/0, puis à 2, 5, ou même 10 0/0 dans certains cas. Topiques cocaïnés ou morphinés pour de très petites surfaces. Poudrage avec du talc, du bismuth, de l'oxyde de zinc, pommade au glycérolé d'amidon, à la vaseline mentholée. L. JUMON.

Considérations sur un cas de nœvo-carcinome traité par la radiothérapie, par le Dr SUQUET (*Echo médical des Cévennes*, juin 1906). — A propos d'un cas de nœvo-carcinome heureusement traité par la radiothérapie, M. Suquet discute les indications et les contre-indications de ce taitement dans les mélanomes et la technique à suivre.

Il y a toujours lieu d'essayer la radiothérapie, et, dans les cas où il pourrait y avoir contre-indication, les autres méthodes, et surtout la sanglante, sont tout aussi contre-indiquées. Une seule contre-indication existe : c'est l'augmentation de la tumeur en cours de traitement radiothérapique. Si, avec ce dernier, on constate la moindre aggravation, on aura recours au bistouri et à l'exérèse large. En dehors de ce cas, la radiothérapie est la seule méthode susceptible d'améliorer, de guérir même, un mélanome sans occasionner d'extension ou de généralisation, en suivant une technique spéciale. Il faut s'arrêter à la limite de la brûlure, de façon à n'atteindre que le tissu néoplasique sans léser le tissu sain. Comme l'a fait remarquer Béclère, l'action des rayons X est élective, parce que, au milieu du tissu envahi par un néoplasme, elle frappe les cellules malades en respectant les cellules saines. Jamais la généralisation du mal n'est favorisée par la radiothérapie. Mais, dit Suquet, il ne faudrait pas faire absorber au mélanome une dose trop forte de rayons X : on aurait alors une radiodermite grave, et, dans ce cas, le tissu sain environnant serait lésé et la radiothérapie serait aussi dangereuse que le bistouri ou la cautérisation. Il faut donc toujours apporter une grande prudence dans le dosage des radiations, donnant juste la quantité suffisante pour atteindre les cellules néoplasiques sans irriter les cellules saines environnantes : 5 H tous les 18 à 20 jours.

Dans l'observation rapportée, le nœvus avait été ramené par le traitement à ses dimensions originelles d'un simple grain de beauté. L'auteur n'osa pousser les doses, par crainte d'irritation des tissus sains. L'ignipuncture pourrait avoir, ici, les inconvénients du bistouri. Peut-être l'étincelle de haute fréquence aurait-elle ici un effet heureux sur le résidu du nœvus plus résistant

L. JUMON.

Prophylaxie et traitement de la calvitie, par LASSAR (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 juillet 1906). — L'auteur estime que les préoccupations des dermatologues concernant le traitement de la calvitie se justifient, et que les méthodes thérapeutiques s'amélioreront avec le temps à ce point, que la calvitie deviendra une rareté. Il se passera, à son avis, ce qui s'est passé avec les affections dentaires ; depuis que la dentition fait l'objet de soins attentifs, on considère dans le public qu'une bouche édentée constitue un manquement grave à l'esthétique de la bonne société. Lassar ne croit guère à l'influence des travaux intellectuels sur la chute des cheveux, et cite de nombreux exemples de savants ayant conservé jusque dans l'extrême vieillesse leur chevelure luxuriante.

Toute chute de cheveux est anormale : la croyance populaire à un défluvium physiologique est fausse, ainsi que celle qui accuse les lavages fréquents de nuire au cuir chevelu. Tout au contraire, les lavages et savonnages fréquents constituent le meilleur prophylactique de la calvitie.

Le traitement antiseptique préconisé par l'auteur n'a guère varié dans le cours des années. Savonnage quotidien à l'eau chaude au début, plus tard plus espacé avec des savons légèrement goudronnés. Ceci fait, on humecte le cuir chevelu avec :

Solution aqueuse de sublimé 0,3 à 0,5 : 300.

Us. ext.

En cas de prurit, on ajoutera 2 00/00 d'acide phénique.

Quand l'eau s'est évaporée, on frictionne avec :

Thymol	0 gr. 5
Esprit de vin.....	200 grammes.

Us. Ext.

Ou encore avec :

Naphtol B.....	0 gr. 5
Alcool absolu.....	200 grammes.

Us. Ext.

On termine en appliquant la mixture suivante :

Acide salicylique.....	1 gramme.
Teinture de benjoin....	2 —
Huile d'olives ou vaseline jaune.....	50 grammes
Essence de bergamotte.	XV gouttes.

Us. Ext.

E. VOGT.

Plaies contuses de la jambe et méthode de Bier, par le Dr THORRIS (*Echo médical du Nord*, n° 13, 1906). — Les plaies contuses avec ulcération par coup de pied de cheval, si fréquentes dans la cavalerie et qui laissent les blessés indisponibles pendant des semaines, bénéficient largement de l'emploi de la *méthode hypérémique* modifiée pour la circonstance. Il suffit en effet de fixer la bande hémostatique modérément serrée au haut du mollet et de l'appliquer plusieurs fois par jour pendant quinze à vingt minutes, pour voir le processus curatif se dessiner pour ainsi dire à l'œil nu. M. Thorris, médecin militaire a coutume de panser la plaie avec un châssis ouaté et une feuille de mica, à travers laquelle on peut suivre les modifications de la plaie. Il convient de faire les points de suture avant d'appliquer la bande élastique. La plaie se recouvre bientôt d'une sorte de vernis sec et la cicatrisation s'achève en 4 ou 5 jours. Même bons résultats par l'emploi d'une *ventouse* laissée en place 20 minutes pour les abcès récidivants de l'aisselle. On peut ponctionner ces abcès, ou favoriser ainsi l'évacuation spontanée sans avoir recours au bistouri.

A. BENOIT.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Traitement des pyélites par les lavages du bassinet, par le Dr ANDRÉ (*Province médicale*, 21 juillet 1906). — Etudiant les indications et les contre-indications de la méthode, l'auteur considère les lavages du bassinet surtout indiqués dans les pyélites simples dues à une infection banale d'origine ascendante gonococcique, colibacillaire ou autre, consécutive à une cystite, surtout dans les cas où il n'y a pas de rétention rénale. C'est dans ce cas que l'auteur a observé les meilleurs résultats. Ce-

pendant, il faut faire un choix dans les pyélites sans distension. Beaucoup de cas légers guérissent par le seul régime, l'emploi des antiseptiques urinaires et les eaux minérales de lavage. S'il persiste de la cystite, on appliquera un traitement approprié.

Si l'infection est intense, les urines fortement troubles, avec dépôt abondant de pus, si le malade souffre du rein, continuellement ou par crises, il ne faut pas perdre trop de temps avec le traitement médical et on commencera le plus tôt possible une série de lavages du bassinet.

Si la pyélite s'accompagne de fièvre intense, il vaudrait mieux s'abstenir du cathétérisme urétéral ; ces cas relèvent plutôt de l'intervention chirurgicale sanglante.

Dans un deuxième groupe de faits, il s'agit de pyélites avec rétention rénale. Si la rétention est petite et s'il n'y a pas de fièvre, on essaiera d'abord les lavages du bassinet, qui peuvent amener la disparition à peu près complète de la rétention. Il sera toujours temps de recourir à la néphrotomie si les lavages échouent, mais, même dans ce cas, l'opération peut échouer. On en est alors réduit à la néphrectomie, si le rein congénère est indemne. Au contraire, dans les grandes rétentions rénales infectées, dans les pyélonéphroses, il faut laisser la sonde et recourir à l'intervention sanglante.

L. JUMON.

Diverticule de la vessie (*Soc. de Ch.*, 11 juillet 1906). — Un cas assez rare de diverticule vésical a été cité par M. Chaput. Prise pour un fibrome implanté sur le col utérin, la tumeur qu'il formait, dans les manœuvres faites pour l'énucléer, laissa échapper de l'urine. La muqueuse de ce cul-de-sac, en tout semblable à la muqueuse vésicale et infiltrée de sels calcaires, écartait le diagnostic de kyste vaginal ouvert dans la vessie. Le fait, dit M. BERGER, de l'infiltration calcaire est fréquent dans les diverticules de la vessie que l'on rencontre dans les hernies. En présence du fait dont il s'agit, M. Chaput prit le parti de faire des lavages de la cavité et s'en trouva bien. La malade, après quelques accès de fièvre, finit par guérir.

A. BENOIT.

Traitement des épididymites par la méthode de Gier (*Soc. de chirurgie* 4 et 11 juillet 1906). — M. CHAPUT est porté à attribuer à la méthode compressive la guérison d'un cas d'épididymite apparemment tuberculeuse avec hydrocèle. Le traitement a consisté à faire une striction, à la racine des bourses avec une bandelette de gaze appliquée trois heures et renouvelée ensuite une nuit durant. En deux semaines, l'épididymite avait rétrocédé. MM. HARTMANN et WALTHER émettent des doutes sur le diagnostic de cett affection ; car, s'il s'agissait d'épididymite non tuberculeuse, on sait que la guérison spontanée ne dépasse guère ce délai. Tout à fait opposés à cette méthode se montrent MM. MICHAUX et TUFFIER qui ont échoué dans toutes leurs tentatives et signalent l'apparition d'un fongus du testicule à la suite de ce traitement.

On peut louer l'initiative des uns et des autres, mais il n'apparaît pas *à priori* qu'on puisse attendre quelque chose de l'emploi de cette méthode contre les affections des organes génitaux de l'homme, qui se prêtent si mal à son application. Nous citons ailleurs, d'après M. Thorris, les indications principales du procédé.

A. BENOIT.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Note sur les modifications du lait de femme sous l'influence de l'extrait de graines de cotonnier, par le professeur GILBERT (*Académie de médecine*, 20 mars 1906). — L'orateur a présenté un travail fait par BARLERIN au Dispensaire de Belleville, et concernant 58 analyses de lait se rapportant à des nourrices, dont le lait était devenu insuffisant: à la suite d'ingestion d'extrait de graines de contonnier, une amélioration indéniable s'est produite dans tous les cas, comme le démontrent les analyses.

Le rapport fait ressortir l'importance de cette constatation, qui fait espérer une diminution notable dans la mortalité infantile, dès que l'usage de ce médicament se sera répandu. Cependant, le lait trop riche en caséine et surtout en matières grasses est un danger pour l'enfant, car il peut provoquer de l'embarras gastrique et intestinal, avec ses conséquences : l'extrait de graines de cotonnier est donc un agent

qui ne doit pas être employé sans guide et sans méthode ; le médecin devra toujours surveiller ses effets, et par la pesée et l'examen répété de l'enfant, graduer ou même interrompre son usage lorsque l'effet salutaire aura été produit.

E. VOGT.

Hydrocéphalie fœtale comme cause de dystocie, par le Dr CARLOS IGLESIAS (*Thèse de doctorat, Madrid*, 1906). — L'hydrocéphalie fœtale est une cause de dystocie très rare, car on ne l'observe, comme terme moyen, qu'une fois sur deux mille accouchements.

Le diagnostic de l'hydrocéphalie fœtale peut se faire souvent pendant la grossesse par la palpation abdominale. Pendant le travail, il est toujours possible de la reconnaître, soit par la palpation abdominale, soit par le toucher manuel, ou la palpation et le toucher combinés.

Le pronostic est toujours fatal pour l'enfant, car, s'il ne meurt pas dans le ventre de la mère, il succombe pendant le travail.

Le pronostic pour la mère est très grave, quand l'hydrocéphalie est méconnue. Une fois le diagnostic fait, le pronostic est relativement bénin, et il faut, au moment de l'intervention, pratiquer la ponction céphalique, la basiotripsie, l'opération de Van Hueven ou l'embryotomie rachidienne, selon les cas et les variétés de la présentation.

F. BERINI.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

A propos de l'emploi des bouillies diastasées, par TERRIEN (*Journ. des praticiens*, 14 juillet 1906). — A partir de 4 à 5 mois, ces bouillies sont d'autant mieux supportées que l'enfant est plus âgé : On commencera toujours par les donner coupées de 1/3 ou 1/4 d'eau. On ne tiendra pas compte uniquement de l'âge, mais aussi du développement de l'enfant : la bouillie ne donne que des résultats médiocres chez les nourrissons atteints d'athrepsie ; ces sujets semblent avoir perdu toute faculté d'assimilation.

Un des éléments du succès de ce régime consiste dans la substitution d'une alimentation hydrocarbonée à une alimentation surtout albuminoïde et graisseuse. Le tube digestif, devenu inapte à digérer celle-ci, est encore parfaitement capable d'assimiler celle-là.

Donc, la bouillie diastasée trouvera surtout son indication dans le cas d'intolérance lactée, lorsqu'il y aura eu abus du lait dans l'alimentation ou lorsque, par suite d'une entérite, il sera momentanément mal supporté.

Voici en quelques mots la technique de cette bouillie déjà indiquée ailleurs avec plus de développements : 1° mélanger 300 gr. de lait et 600 gr. d'eau ; à ce mélange ajouter 80 gr. de crème de riz ; faire cuire 1/2 heure pour obtenir une bouillie épaisse ; 2° d'autre part, faire infuser pendant 1/2 heure dans 100 gr. d'eau à la température de 60° (ne pas dépasser cette température) 20 gr. de malt finement broyé et pulvérisé ; passer sur un linge ; 3° réchauffer la bouillie et la maintenir exactement à 80° ; ajouter alors l'infusion précédente et agiter pendant 10 minutes. Ajouter ensuite 50 grammes de sucre ordinaire.

La préparation de cette bouillie demande environ une heure et demie.

Il faut employer du malt brut et pas trop ancien : les extraits de malt ne donnent pas de bons résultats. La cuisson préalable doit être prolongée, et on évitera autant que possible la saccharification : on y parviendra en observant rigoureusement les règles indiquées pour les températures. En outre, on préparera les bouillies 2 fois par jour, et, surtout dans la saison chaude, on les conservera dans une glacière.

E. VOGT.

Le régime des nourrissons dyspeptiques, par TERRIEN (*Journ. des Praticiens*, 16 juin 1906). — L'auteur fait remarquer que la bouillie diastasée est tout particulièrement indiquée dans les cas où se fait sentir le besoin d'un aliment autre que le lait : cela démontre que le nourrisson est apte à digérer les farineux beaucoup plus tôt qu'on ne le pensait.

Le régime hydrocarboné peut être exclusif ou mixte : dans ce dernier cas, on se contente de diminuer certains éléments du lait auquel on rend sa valeur nutritive par l'addition des substances hydrocarbonées. Parmi elles, le bouillon de légumes aux farines est admirablement toléré et donne les meilleurs résultats, lorsque la reprise du lait peut se faire assez rapidement. Mais sa valeur nutritive est faible et on ne peut en prolonger l'usage au-delà de quelques jours : quand la dyspepsie est grave, et que

la reprise du lait doit être longtemps différée, le bouillon de légumes devient insuffisant, et si l'on augmente alors la quantité de farines, le nourrisson se refusera le plus souvent à prendre cette bouillie qui ne peut être administrée au biberon : parfois, si la bouillie est en revanche acceptée, elle sera mal digérée.

C'est alors que le babeurre donne souvent d'excellents résultats, s'il est bien préparé et administré selon les règles. Comme pour donner du babeurre, le lait subit une fermentation particulière, on s'explique que le produit obtenu soit variable, car toute fermentation est difficile à diriger.

La bouillie diastasée n'a aucun de ces inconvénients ; elle peut être administrée en toute sécurité après le bouillon de légume aux farines : on peut la donner plusiers semaines ou mois de suite, dans la période de convalescence des gastro-entérites aiguës et dans les diverses variétés de dyspepsie infantile, telles que : dyspepsie grave avec gros ventre, dyspepsie du sevrage, dyspepsies légères des jeunes enfants. Quelle que soit l'indication, il faut en premier lieu diminuer notablement la quantité de lait, on remplacera par une proportion équivalente d'aliments hydrocarbonés, le maltosage permet une assimilation parfaite des farines que la bouillie contient.

On s'abstiendra de la bouillie dans les infections coïncidant avec des troubles digestifs (broncho-pneumonie, abcès cutanés multiples, etc.), quand des phénomènes gastriques accompagnent les troubles intestinaux, et quand les nourrissons sont trop jeunes : avant 4 mois, il sera prudent de s'en abstenir : l'auteur a toutefois constaté qu'on peut la faire supporter en la coupant par moitié avec un mélange à parties égales de lait et d'eau sucrée à 8 0/0.

Cette bouillie se donne à des doses identiques ou un peu supérieures à celles du lait (7 repas espacés de 3 en 3 heures, en 24 heures).

Le changement de régime ne devra jamais se faire brusquement : la durée du régime n'a rien de fixe. E. VOGT.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Technique du bain carbo-gazeux artificiel, par MOUGEOT (*Journal des praticiens*, 9 juin 1906). — En général, on obtient le dégagement d'acide carbonique au moyen des tablettes du commerce (réaction du bisulfate de potasse sur le bicarbonate de soude). Le dégagement est alors assez lent et les bulles, extrêmement ténues, restent en suspension dans l'eau. On peut aussi se servir de bicarbonate de soude et d'acide chlorhydrique. Dans ce dernier cas, on verse d'abord le bicarbonate, puis on place le malade dans le bain et on verse ensuite l'acide.

On se rappellera que 100 grammes de bicarbonate dégagent 26 litres et demi de CO^2, que les baignoires contiennent 250 à 300 litres d'eau ; qu'il faut, en poids, un peu plus d'acide chlorhydrique du commerce à 22° Baumé pour neutraliser un poids connu de bicarbonate de soude. Donc, dans une baignoire en fonte émaillée, on mettra autant de fois cent grammes de bicarbonate et 100 grammes d'acide chlorhydrique que l'on voudra avoir de fois 10 p. 100 en volume de gaz dégagé, et ainsi on aura toujours un excès d'alcalin, de façon à ne nuire ni à la peau du malade, ni aux parois de la baignoire.

Les bains toniques (dans les troubles fonctionnels par exemple) sont donnés courts (6 à 8 minutes), avec 80-100 p. 100 de gaz, et à température décroissante, telle que de, de 33° aux premiers bains, on baisse progressivement à 30°, 20°, et à la rigueur 18° dans la série des bains ultérieurs. On augmentera progressivement la proportion de gaz.

Chez les hyposystoliques mitraux avec stases profondes, on aura avantage à mettre une proportion de 40-50 p. 100, à ne pas descendre à des températures au-dessous de 31-32°, mais à les prolonger à 12 et 15 minutes. On donnera un bain tous les deux jours, puis deux bains sur trois jours, en moyenne.

Aux hypertendus, on donnera des bains quotidiens de 20 à 30 minutes, avec 25 p. 100 seulement de CO^2, à la température de 36°.

E. VOGT.

L'accoutumance à l'arsenic, par L. SAINT-ANGE (*Archives médicales de Toulouse*, 1er juillet 1906). — L'accoutumance à l'arsenic, qui n'est pas une question neuve, intéresse cependant toujours les thérapeutes. On sait qu'on entend par là la faculté qu'acquiert l'organisme de pouvoir absorber pendant un temps plus ou moins long et sans inconvénient notable, grâce à l'emploi prolongé et graduel d'un médicament ou d'un

poison, des doses de cette substance, qui seraient dangereuses ou mortelles si elles étaient prises d'emblée.

Après avoir passé en revue les travaux récents sur cette question, l'auteur adopterait l'opinion de Cloetta, qui modifierait nos notions sur le mode d'action des substances toxiques et médicamenteuses. Les variations observées dans les effets de ces substances, suivant qu'elles sont introduites par voie gastrique ou par voie sous-cutanée, avait été mise sur le compte de l'action antitoxique exercée par le foie ou, dans certains cas, sur le compte d'une modification défavorable exercée sur le poison par les sucs digestifs. Il faudrait aujourd'hui faire une part très importante à la résistance de l'intestin à l'absorption, mais il resterait à en fixer la valeur, afin de ne pas croire à une immunité sur laquelle il serait dangereux de compter.

Il résulte de ces nouvelles données que la médication arsenicale ne doit pas s'appuyer sur les préparations insolubles d'arsenic, qui n'assurent pas une absorption suffisante. Les préparations solubles offrent plus d'avantages, sans cependant être exemptes de reproches. Les injections sous-cutanées seules permettent de faire un traitement intensif, mais il ne faut pas compter avec l'accoutumance.

L. JUMON.

L'alypine comme anesthésique local, par H. DOLD (*Med. Corresp.-Blatt.*, 30 juin 1906). — L'avantage de l'anesthésie locale sur l'anesthésie générale est d'exclure le danger d'une intoxication générale. La cocaïne offrait bien certains avantages, mais l'emploi de la substance ne mettait pas complètement à l'abri des accidents et, d'autre part, on ne pouvait obtenir des solutions stériles pendant longtemps. Parmi les nouveaux anesthésiques locaux, l'auteur a employé l'alypine, chlorhydrate de l'éther benzoïque d'un alcool diaminé, très soluble dans l'eau, donnant une réaction neutre, et une solution pouvant être stérilisée par l'ébullition sans que le produit se décompose. L'auteur a employé des solutions à 1-2 0/0 d'alypine, avec addition de 3 à 5 gouttes d'une solution de suprarénine à 1 0/00. Les badigeonnages des muqueuses ont été faits avec des solutions à 4 0/0. Ces solutions ont servi à obtenir l'anesthésie locale dans des amputations des doigts, l'extraction de corps étrangers de la main et de l'avant-bras, l'ablation de petites tumeurs, de ganglions, de lipomes, de fibromes du sein, d'un hygroma prérotulien, l'extraction de dents. Toutes ces opérations ont pu être faites absolument sans douleur. Mais l'auteur a fait aussi l'ablation de goitres avec l'anesthésie par l'alypine, dans 22 cas, l'opération radicale de l'hydrocèle dans un cas et une entérostomie. Les injections d'alypine ont permis encore de pratiquer la trachéotomie, l'opération de la grenouillette, l'uranoplastie. Dans aucun cas, il ne s'est produit d'actions accessoires fâcheuses, ni de troubles locaux au niveau de la plaie. Dans les grandes opérations, qui ont duré jusqu'à 40 minutes, l'action anesthésique a été assez persistante pour que la suture ait été complètement indolore.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Actes officiels. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grand officier. — M. le Dr Gentit (médecin inspecteur général de l'armée).

Commandeur. — M. le Dr Catteau (médecin inspecteur de l'armée).

Officiers. — MM. les Drs Hallopeau (de Paris), Benech, médecin inspecteur de l'armée ; Bercher, Calmette, Isambert, Jarry, Pommay, Vuillemin, médecins de l'armée active ; Cros, ancien médecin militaire ; de Cours, Desmons, médecins de l'armée territoriale ; Machenaud, médecin de la marine ; M.-L.-M. Delrieu, médecin des troupes coloniales.

Chevaliers. — MM. les Drs Hellot, Trouillet, Verneau (de Paris), E.-J. Arnould, Augias, C.-A. Bailly, Bouchet, Cavalier-Benezet, N.-T. Coste, Delaborde, Ecot, P.-A. Gary, A.-E. Janot, Mouret, Pettier, Proven-

dier, C.-H. Renard, J.-A. Rouget, Viéron, médecins de l'armée active ; Zuccarelli, médecin de la réserve ; Ricard, médecin de l'armée territoriale ; Etourneau, Giraud, Hennequin, médecins de la marine ; F.-A. Barret, ancien médecin de la marine ; Augier, Doury, médecins de réserve de la marine ; Bourdon, J.-A. Jacquin, médecin des troupes coloniales.

Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs O. Benoît, Mauclaire, P.-J. Poirier, E.-A. Robin (de Paris) ; Arthus (de Marseille), Audry (de Toulouse), Bagnéris (de Reims), Barrois (de Lille), Bolot (de Besançon), Cousyn (de Lorient), G. Etienne (de Nancy), Fallot (de Marseille), Follet (de Rennes), Gagnière (de Montpellier), Genou (de Lyon), Heitz (de Besançon), Le Dantec (de Bordeaux), Nicolas (de Lyon), Oui (de Lille), Pouchin (de Rouen), Poujol (de Montpelier), Rappin (de Nantes), Rochet (de Lyon), Thouvenet (de Limoges), Vigenaud (de Clermont-Ferrand).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Argaud, Attaix (de Clermont-Ferrand), Bellamy (de Saint-Brieuc), Berland (de Poitiers), A.-P. Bernard (d'Amiens), Commandeur (de Lyon), G.-F. Gross (de Nancy), Guérin (de Montpellier), Jacquemet (de Grenoble), Lagriffoul (de Montpellier), Lefort (de Lille), Malapert (de Poitiers), Mornet (de Blois), Petit (de Poitiers), Piollet (de Clermont-Ferrand), R. Rosenthal (de Nancy), Soulé (de Bordeaux), L. Spillmann (de Nancy), Véron (de Rennes), M. Florence, préparateur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

— M. le Dr Heckel (de Marseille) a été nommé officier du Mérite agricole.

— Le Conseil général du département de la Seine a attribué des médailles d'honneur aux médecins du service des Enfants assistés de la Seine dont les noms suivent :

Médailles d'argent. — MM. les Drs Houzé (de Cussy-en-Morvan) ; Miguet (d'Etang-sur-Arroux).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Coquidé (de Frévent) ; Digoy (de Saint-Léger-sous-Beuvray) ; Martin (de Moulins-Engilbert) ; Poingt (de Donzy) ; Regnault (de Brinon-sur-Beuvron) ; Richard (de Boiry-Sainte-Rictrude).

Concours des clinicats. — Sont nommés :

Chefs de clinique médicale. — Hôtel-Dieu: M. Crouzon. — Hôpital Laënnec : M. Laignel-Lavastine ; chef adjoint, M. Salomon. — Hôpital Saint-Antoine : M. Rosenthal ; chef-adjoint, M. Agasse-Lafont.

Chef de clinique chirurgicale. — Hôpital de la Charité : M. Schwartz.

Chefs de clinique obstétricale. — Clinique Tarnier : M. Coudert ; chef adjoint, M. Cathala. — Clinique Baudelocque : M. Mouchotte ; chef adjoint, M. Lacasse.

Chef de clinique des maladies mentales. — M. Dupouy.

Chefs de clinique obstétricale. — Clinique *syphilitiques.* — Hôpital Saint-Louis : M. Rostaine ; chef adjoint, M. Louste.

Chef de clinique médicale des maladies infantiles. — Hôpital des Enfants Malades: M. Armand-Delille ; chef adjoint, M. Babonneix.

Union Fédérative des Médecins de Réserve et de l'Armée Territoriale. — Le Conseil d'administration de l'Union Fédérative des Médecins de Réserve et de la Territoriale a tenu sa réunion mensuelle au Cercle Militaire, le 11 juillet 1906.

Il s'est occupé des différentes questions étudiées par la Commission des questions professionnelles et du Congrès des Médecins militaires.

A propos des exercices spéciaux du service de santé militaire du Gouvernement militaire de Paris en 1906, il a été décidé, comme l'année dernière, d'organiser sur le terrain des manœuvres des déjeuners quotidiens auxquels seront admis les seuls membres de l'Union.

Un banquet sera offert aux hautes personnalités et aux médecins militaires chefs des formations sanitaires au Cercle militaire, le 4 août 1906, à 8 heures du soir ; tous les médecins, pharmaciens et officiers d'administration ayant assisté aux exercices pourront prendre part à ce banquet.

Le Secrétaire général,
L. TOLLEMER.

Société des Médecins de Sanatorium Français. — Il vient de se fonder à Paris, entre les médecins de sanatorium français, une Société ayant pour but : de traiter les questions scientifiques du domaine de la tuberculose, notamment celles relatives au fonctionnement des sanatorium, tant publics que privés. Cette Société, qui ne comprend que des membres titulaires, est ouverte à tous les médecins de sanatorium français, chefs de service et assistants. Elle est administrée par un Conseil composé de cinq membres, dont un président, un vice-président et un secrétaire-trésorier. Le prési-

dent est le Dr Calmette ; le vice-président, le Dr Hervé ; le secrétaire-trésorier, le Dr Guinard.

Les réunions, au nombre de trois par année, ont lieu deux fois à Paris et une fois dans un sanatorium de province.

Toute demande de renseignements doit être adressée au Dr Guinard, secrétaire-trésorier, 56, rue de la Victoire.

La serviette des garçons de café. — Nous trouvons, dans la *Deutsche medicinische Wachenschrift* du 5 juillet, une lettre, aussi spirituelle qu'instructive, sur les multiples usages antihygiéniques auxquels est vouée la serviette que tout garçon de café qui se respecte porte sous son bras. En ces temps d'asepsie, voilà un beau sujet à dissertations bactériologiques. Et dire qu'on n'y avait pas encore pensé, à notre connaissance, du moins !

BIBLIOGRAPHIE

Précis de Chimie physique, par M. Pozzi-Escot, professeur de chimie à l'Ecole Nationale d'Agriculture et de Médecine vétérinaire de Lima (Pérou). Un volume in-8, relié toile, prix, 6 francs. Jules Rousset, éditeur, Paris.

Les publications de M. Pozzi-Escot sont très bien connues pour leur admirable clarté ; le *Traité de Physico-Chimie*, qu'il a publié il y a un an, a eu un magnifique succès et, de toutes parts, on a demandé à l'auteur une mise au point élémentaire de ces données nouvelles de la chimie théorique, qui forment, à l'heure présente, le point de départ de toutes les applications de la chimie, qu'elles soient du domaine de la chimie industrielle ou de la biologie et de la médecine.

Ce volume, magnifiquement imprimé, est divisé en dix-sept chapitres. Il nous suffira d'en donner la brève nomenclature pour montrer tout l'intérêt de cette nouvelle publication : Chapitre I : Etude chimique de la matière. — Chapitre II : Système des poids atomiques ; notations et formules chimiques. — Chapitre III : Etude de l'état gazeux. — Chapitre IV : Classification des éléments. — Chapitre V : Propriétés générales de l'état liquide. — Chapitre VI : Lois générales des phénomènes de dissolution, de fusion et de solidification. — Chapitre VII : Propriétés générales de dissolutions. — Chapitre VIII : Déterminations pratiques des poids moléculaires. — Chapitre IX : Propriétés générales de l'état solide. — Chapitre X : Influence de la composition et de la constitution sur les propriétés des corps : stéréo-chimie et tantonimie. — Chapitre XI : Relations de la chimie avec la lumière. — Chapitre XII : Phénomènes thermo-chimiques. — Chapitre XIII : Mécanique chimique. — Chapitre XIV : Vues modernes sur les propriétés de la matière. — Chapitre XV : Lois fondamentales de l'électro-chimie. — Chapitre XVI : Applications électro-chimiques. — Chapitre XVII : Les applications de la théorie des ions.

Par la seule énumération des titres des chapitres que nous venons de donner, on voit la diversité des sujets traités ; on peut dire que le volume offre autant d'intérêt à l'étudiant en chimie ou en médecine qu'à ceux ayant déjà une instruction solidement établie. Il suffit de signaler que ce livre, qui est sans équivalent en notre littérature française, paraît à peine chez nous, que déjà des traductions espagnole, allemande et anglaise sont sous presse. C'est là le plus bel éloge qu'on puisse faire de ce volume.

Paris. — G. Camproger, 52, r. de Provence. *Le Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

CONGRÈS DE CLIMATOTHÉRAPIE ET D'HYGIÈNE URBAINE

CANNES — MONACO — MENTON — AJACCIO

Secrétariat général : Dr H. Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, CANNES (Alpes-Maritimes)

Le troisième Congrès de climatothérapie et d'hygiène urbaine tiendra ses assises, aux vacances de Pâques 1907, sur la Riviera française (portion comprise entre Hyères et la frontière italienne) et en Corse.

Les séances auront lieu à Cannes, à Monaco, à Menton et à Ajaccio ; mais toutes les villes et stations du littoral méditerranéen et de la Corse sont inscrites dans le programme : Cannes, Nice, Monte-Carlo, Menton, Hyères, Antibes, Grasse, Saint-Raphaël, Juan-les-Pins, Beaulieu, le Cap-Martin, Thorenc, etc., etc.

Le Congrès durera environ une semaine sur la côte française ; il se terminera en Corse.

On sait quel succès ont eu les deux premières sessions, Nice en 1904, Arcachon en 1905. Nul doute que la troisième session ne le cède en rien à ses devancières : car son programme est des plus beaux.

Le Comité d'organisation y travaille déjà ; les principaux points sont arrêtés ; plusieurs villes ont déjà souscrit des sommes importantes : Cannes, Menton, la Principauté de Monaco se sont engagées pour de fortes souscriptions.

Municipalités, corps constitués et corporations s'apprêtent à rivaliser de zèle pour assurer au Congrès le plus éclatant succès et aux congressistes la réception la plus brillante : fêtes, banquets, excursions.

Une réduction de 50 0/0 sera demandée sur toutes les lignes de chemins de fer et bateaux ; des réductions importantes seront consenties dans tous les hôtels.

Congrès de Climatothérapie et d'hygiène Urbaine

Comité permanent :

MM. Calmette, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille, Membre de l'Académie de Médecine.

Chantemesse, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Guinon, Médecin des Hôpitaux de Paris,

Huchard, Médecin des Hôpitaux de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Renaut, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, Membre de l'Académie de Médecine.

Renon, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux.

Congrès de 1907. Troisième Session : Cannes, Menton, Monaco, Ajaccio

Bureau du Congrès :

Président : Dr Calmette, de l'Académie, de Médecine, Directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

Vice-Présidents : Dr de Nabias, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Membre de l'Académie de Médecine.

Dr Grasset, Professeur à la Facuté de Médecine de Montpellier, Membre de l'Académie de Médecine.

Dr Pitres, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Membre de l'Académie de Médecine.

Dr Boucart, de Cannes.

Dr Vivant, de Monte-Carlo.

Secrétaire général : Dr Verdale, Médecin des Hôpitaux de Bordeaux, 1, boulevard d'Alsace, Cannes.

Trésorier Général : Dr Bienfait, villa Marie-Louise, boulevard d'Alsace, Cannes.

Trésorier Adjoint : Dr Faure, rue Hermann, 19, Cannes.

Au secrétaire général du Congrès, Dr Verdalle, sont adjoints deux secrétaires généraux locaux, M. le Dr Didier, pour Menton, et M. le Dr Giocanti, pour Ajaccio.

Secrétaires : MM. le Dr Joserand, rue Jean-de-Riouffe, Cannes ; Dr Lhuillier, boulevard d'Alsace, Cannes.

Questions à rapport :

Les maladies chroniques de l'appareil respiratoire sur la Riviera française, et en particulier à Cannes et dans la région de Cannes, rapporteur : M. le Dr Chuquet, de Cannes.

Les adénopathies et les tuberculoses locales à Cannes ; rapporteur : M. le Dr Bourcart, de Cannes.

Les maladies nerveuses sur le Littoral Méditerranéen; rapporteur : M. le Dr Sauvage, de Cannes-le-Cannet, — question annexe : traitement électrothérapique dans ces maladies, sur le Littoral, rapporteurs : MM. les Drs Bonnefoy et Josserand, de Cannes.

L'hygiène à Menton ; rapporteur : M. le Dr Tartarin de Menton.

Les poussières des routes sur le Littoral Méditerranéen, rapporteurs : M. le Dr Charboux, de Menton, et M. le Dr Gugglielminetti, de Monte-Carlo.

L'hygiène dans la Principauté de Monaco, rapporteur : M. le Dr Vivant, de Monte-Carlo.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Verdalle, 1, boulevard d'Alsace, à Cannes (l'été à La Bourboule, villa des Sorbiers).

Pour tout ce qui regarde la trésorerie, à M. le Dr Bienfait, trésorier général, Villa Marie-Louise, boulevard d'Alsace, à Cannes, (l'été à Vichy).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement

Par le Dr **F. Lagrange**.

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 vol. in-8° ..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

vol. grand in-8°, avec gravures ..... 10 fr

TRAVAUX ORIGINAUX

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LES MALADIES DE L'ESTOMAC *(Suite et fin).*

Par le Dr M. Binet (de Vichy)

Le régime mixte (1)

Pain. — Le pain, dont on ne peut se passer dans nos pays durant le cours du repas, mérite de ce fait de fixer notre attention. L'intérêt est de savoir quelles sont les conditions de sa digestibilité et de préciser la forme sous laquelle il est préférable de le prescrire aux dyspeptiques.

Le pain résulte du pétrissage de la farine de froment avec l'eau et le levain et de la cuisson de ce mélange. Sans insister sur tous les détails de sa fabrication, il est néanmoins essentiel de savoir en quoi diffèrent la croûte et la mie, puisque cette différenciation se fait précisément dans le four où le pain cuit. Une fois levée, c'est-à-dire ayant subi l'influence de la levure de bière mélangée avec elle, la pâte est portée à une température de 250 à 300°. Sous l'action de cette haute thermalité, la surface du pain perd de l'eau et durcit, l'albumine s'y coagule, l'amidon se transforme en dextrine et se caramélise même en partie : la croûte est définitivement constituée. Mais sous elle, l'acide carbonique, produit des fermentations, se trouvant emprisonné, il se dilate par la chaleur et creuse la masse de vacuoles. La température centrale du pain s'élève à 80 ou 100°. Les grains d'amidon éclatent, se changent en empois, plus attaquable par les amylases salivaire et pancréatique, et même donnent naissance à une petite quantité de dextrine et de sucre. Il existe donc entre la croûte et la mie une différence de structure d'abord et de composition ensuite.

Quelles sont les conditions que doit remplir un pain pour être bon ? A. Gautier les

(1) Extrait de : *Traité des maladies de l'estomac* par le Dr Maurice Soupault (Paris J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille).

résume comme suit : « Le bon pain doit être léger, sonore, bien levé. Il doit donner un minimum de 22 p. 100 d'une croûte dorée,cassante, difficile à détacher de la mie. Celle-ci doit être élastique, à larges cavités ; si, le pain étant refroidi, on le comprime modérément entre le pouce et l'index, la mie ne doit pas coller à elle-même, mais revenir lentement à son premier volume ; elle ne doit pas s'attacher aux doigts qui la pétrissent. Le bon pain doit absorber beaucoup de liquide, sans se délayer lorsqu'on le trempe. Il ne doit pas s'effriter sous les doigts. La couleur de la mie sera d'un blanc jaunâtre très clair, légèrement translucide ; son odeur douce de froment ne rappelant ni l'aigre, ni le moisi, ni le fermenté. »

Une fois ceci posé, la contre-partie s'impose. Quels éléments peuvent faire du pain un mauvais aliment dans le régime des dyspeptiques ? — Ils sont au nombre de quatre. Nous les résumons ainsi :

Le pain est mauvais : 1° quand il est trop frais ; 2° quand il est mal cuit ; 3° quand il est trop blanc ; 4° quand il est complet.

C'est un fait d'observation vulgaire que le pain chaud est particulièrement indigeste, et nous n'y insistons pas davantage.

Il n'est pas moins de notion courante que moins le pain est cuit, moins il se digère ; aussi la croûte est-elle généralemennt plus digestible que la mie.

Ce qui fait la blancheur du pain, c'est le blutage de la farine. Or, de nos jours où on vise à l'agréable beaucoup plus qu'à l'utile, on recherche le blutage poussé aussi loin qu'il est permis de le faire. C'est ainsi que l'on parvient à avoir des farines blutées à 28 p. 100, c'est-à-dire que du produit brut de la mouture du grain 28 parties ont été rejetées sous forme de son. Un pain ainsi préparé est moins riche en gluten et en phosphore.

Quant au pain complet ou pain de Graham, c'est-à-dire contenant encore une partie du son, il semble illusoire, d'après Linossier, d'en faire un aliment supérieur au pain blanc, et il en trouve la raison dans ce fait que, tandis que celui-ci ne laisse que 5 p. 100 de résidu inutilisé, il en abandonne jusqu'à 20 p. 100. Tout au plus peut-on, dans certains cas, tirer profit de son indigestibilité même et user de son action sur l'intestin. Par son résidu, il en excite en effet les contractions péristaltiques.

Il faut donc, pour parer à ces inconvénients, n'employer que du *pain rassis*, *bien cuit*, *fait de farines moyennement blutées*.

Le pain se rassit au bout de douze à quinze heures. Son goût est ainsi moins délicat, mais il est de digestion plus facile, parce qu'il est, sous cette forme, perméable aux sucs gastriques. Toutefois il ne faudrait pas croire que cette transformation soit due à une simple dessication, et le seul fait de voir le pain rassir même dans une enceinte saturée d'humidité suffit à le prouver.

En second lieu, le pain devra être bien cuit, puisque c'est là une des conditions essentielles de sa digestibilité. Mais, dans le commerce, il n'est jamais livré à un état de cuisson suffisant pour un dyspeptique, et c'est pourquoi nous ne saurions assez recommander de ne faire usage que de pain grillé. On peut pour cela couper du pain ordinaire en tranches de un centimètre au plus d'épaisseur que l'on met en- le gril jusqu'à ce qu'elles soient bien dorées. Grillé, le pain se mastique

sinon difficilement, du moins avec plus de peine que la croûte ordinaire, et ce n'est pas une des raisons les moins fortes en faveur de son emploi, cela seul forçant les malades à en consommer une plus faible quantité. En outre, sous cette forme, les malades ne peuvent s'en servir pour recueillir des sauces, lesquelles, comme nous l'avons déjà vu, leur sont mauvaises.

Enfin nous avons conseillé de ne pas se servir de pain dit de fantaisie. Bien que celui-ci contienne, il est vrai, de la croûte en forte proportion, on serait tenté à première vue de le croire tout aussi digestible. Mais, étant fait d'une farine plus blutée, les matières azotées primitives s'y trouvent très réduites, et par conséquent il est moins nutritif. De plus, comme il est d'un bon goût, les malades se laissent aller parfois à en manger des quantités considérables.

De nos jours, et sur l'indication des médecins, l'industrie s'est efforcée de fabriquer des pains sans mie ; certaines préparations de cet ordre sont très recommandables, de même que les biscottes, les échaudés, les breakfasts ; mais, somme toute, elles ne sont pas tellement supérieures qu'il faille les prescrire fatalement en place de pain blanc.

Un dernier point mérite d'être précisé, celui de la quantité de pain à permettre. D'une façon générale, on peut répondre : moins la consommation en sera grande, mieux l'estomac s'en trouvera. Il est peu nourrissant ; en outre, dans certains cas de sensibilité très vive de la muqueuse, il peut risquer par ses parties dures d'éroder celle-ci. Il faut donc bien le mouiller de salive, le mastiquer minutieusement ; nous ajoutons qu'une livre nous paraît une quantité extrêmement exagérée et que nous conseillons pas d'en tolérer plus de 150 à 200 grammes par jour, pris par 50 grammes à chacun des trois repas. Ce chiffre représente de 350 à 520 calories.

En résumé, pas de pain frais ; seulement du pain rassis ou mieux encore grillé.

Boissons. — Il est certain que boire répond à une besoin de l'économie et que les 2 litres et demi d'eau que l'organisme perd quotidiennement par les reins, les poumons et la peau doivent lui être restitués par l'alimentation. Quand cette restitution est insuffisante, nous en sommes avertis par des sensations diverses. Mais c'est surtout dans le cours des repas que ces besoins se font sentir, et il aussi vrai de dire qu'il ne faut pas manger sans boire que de prétendre avec le dicton « qu'il ne faut pas boire sans manger ».

En outre, en se plaçant au point de vue des fonctions gastriques, il est bien certain que l'absorption de liquide, en délayant la masse alimentaire, facilite le travail des glandes. Toutefois la quantité importe à envisager, car il ne faudrait pas, par un volume de liquide trop grand, diluer à l'extrême le suc digestif.

La plupart des boissons employées dans le cours des repas sont à base d'alcool. Ce n'est pas ici l'endroit d'établir une discussion d'ensemble sur la valeur de l'alcool comme aliment, non plus de peser le pour et le contre de son emploi. Nous préférons résumer en quelques mots son rôle sur l'estomac. Au moment de l'ingestion d'un liquide alcoolique, il se produit un ralentissement momentané de la digestion ; mais très rapidement une partie de l'alcool s'absorbe, l'autre est diluée par le suc gastrique sécrété en abondance, et la peptonisation peut se remettre en

train, en profitant de l'excitation sécrétoire produite. Il y a donc deux phases qui se succèdent : l'une de ralentissement, l'autre d'activité.

Malgré cela, l'alcool est-il utile aux dyspeptiques ? — Il est bien évident que non, et nous ne saurions mieux faire que de répéter avec Linossier : « C'est un médicament excellent , c'est un aliment déplorable. » — Nous inscrivons nous-mêmes au-dessous de cette formule celle qui suit : « Tout individu peut se passer d'alcool, tout dyspeptique doit le faire. »

Toutefois, on tolère dans certains cas très bénins, des boissons qui, diluées, renferment de la sorte une quantité d'alcool infinitésimale. Aussi diviserons-nous cette étude en deux parties : celle des boissons alcooliques et celle des boissons non alcooliques.

1. Boissons alcooliques. — Les principales sont le vin, la bière et le cidre.

Vin. — Ce qui fait que le vin est mauvais, c'est d'abord son degré d'alcool, ensuite la présence d'acides dans sa composition, et, pour en finir, la quantité de matières colorantes dont le tanin est une des principales. Par contre, il renferme des matériaux qui, par leur combustion, fournissent de l'énergie, tels que la glycérine, la gomme, etc., et un litre de vin moyen dégagerait, d'après Gautier, 606 calories. Malgré tout, les avantages en tant que valeur nutritive ne compensent pas les inconvénients en tant que nocivité sur les muqeuses de l'estomac.

Le vin neuf étant à rejeter, y aurait-il avantage à se servir du vin vieux ? Le vieillissement du vin consiste en une oxydation et une éthérification; l'oxydation ayant pour effet de précipiter les matières colorantes et le tanin qui déposent sous forme de lie ; l'éthérification étant due à la disparition des acides fixes ou volatils qui, s'unissant à l'alcool, donnent des éthers nouveaux accentuant et perfectionnant à la fois le bouquet et la saveur de ces vins. Finalement le vin vieux renferme plus d'éthers, moins d'acides, moins de matières colorantes, de tanin et de crème de tartre. Peut-être à ce point de vue est-il plus tolérable pour l'estomac ; malgré tout, il n'est pas à recommander à cause des fermentations dont il est le siège.

En outre, tous les vins ne sont pas identiques : ils varient suivant la teneur en alcool, et, tandis que les plus courants titrent de 10 à 12° à l'alcoomètre, certains comme le porto et le madère ont un titre de 17°,6.

Les différentes manipulations que le vin subit, telles que plâtrage, vinage, ne font que le rendre moins bon encore pour les dyspeptiques. Une seule, heureusement la plus courante au point de vue qui nous occupe, est l'addition d'eau, laquelle dilue l'alcool et les autres principes.

De tous les vins c'est, après les vins étrangers,le vin rouge qui doit être considéré comme le plus mauvais. Dans les cas tout à fait bénins de dyspepsie, nous permettons le vin blanc, à la seule condition qu'il soit abondamment coupé d'eau.

En résumé, le vin n'est jamais recommandable aux dyspeptiques ; le meilleur pour eux n'est pas bon.

Bière. — La bière n'est autre chose que le produit de la fermentation du moût d'orge germée ou malt, aromatisée par le houblon. Or il y a deux degrés de fermentation : la fermentation haute et la fermentation basse, dont la première se

passe à une température de 15 à 20 degrés, la seconde ne dépassant pas 4 ou 8° et de ce fait fournissant un produit moins altérable.

La bonne bière d'un titre alcoolique variant de 3 à 7° est toujours chargée d'acide carbonique qui la rend pétillante. Elle tient en dissolution des matières azotées, de la glycérine, des dextrines, des sucres qui lui communiquent leurs propriétés nutritives ; des produits amers et résineux généralement toniques ; des acides acétique, succinique, lactique, malique, tannique ; des sels minéraux, particulièrement des phosphates alcalins et alcalino-terreux. Malheureusement, dans des buts divers, on la suralcoolise, on la colore, on y ajoute diverses substances dont l'effet est de la rendre beaucoup moins digestible. Toutefois, en elle-même elle n'est pas à rejeter, car elle a une valeur nutritive réelle, son résidu variant de 50 à 70 grammes par litre et étant constitué de maltose, de dextrines et aussi d'albuminoïdes peptonisés.

Malgré tout, son usage présente des inconvénients. Etant un aliment de premier ordre pour les microorganismes, elle est de ce fait altérable ; en outre, elle peut provoquer de l'obésité et même une forme spéciale de diabète (Strumpell).

Toutefois, les dyspeptiques peuvent en faire un usage modéré, et cela de préférence au vin. Tout d'abord, elle est moins alcoolisée que lui ; en second lieu, son acidité est plus faible ; enfin elle a des propriétés plutôt sédatives du système nerveux, que le vin ne possède pas. Un autre de ses avantages, c'est qu'on peut se la procurer toujours semblable à elle-même.

Ce qui importe, c'est de faire choix de la bière. A ce titre, les bières allemandes sont de beaucoup supérieures, en raison de leur moindre proportion d'alcool. On ne saurait trop recommander néanmoins de limiter leur emploi à la dose nécessaire pour calmer la soif, un demi-litre à chaque repas constituant un chiffre qu'il n'y a que désavantage à dépasser.

A côté de la bière et quoiqu'il ne puisse guère être considéré comme une boisson mais plutôt comme un aliment liquide, on doit citer l'extrait de malt. Celui-ci est le résultat de la concentration, avant fermentation alcoolique, du malt provenant de la première phase de la fabrication de la bière. Il renferme en moyenne 6 à 8 0/0 d'albumine, 25 0/0 de dextrine, 30 à 40 0/0 de sucre et 31 à 35 0/0 d'eau.

Les extraits de malt liquides vendus en France sont beaucoup moins concentrés. Malgré tout, ils sont un élément nutritif précieux, et le médecin peut en faire usage. Comme mode d'absorption, on doit recommander de les boire dilués avec de l'eau légèrement gazeuse.

Cidre. — Nous n'avons guère à insister sur le cidre, en raison de son usage limité aux pays qui produisent les pommes. Il est peu alcoolisé, mais est très altérable et se charge vite d'acide acétique. Certains auteurs le considèrent comme excitant la sécrétion gastrique et prolongeant la digestion, analogue à peu près en cela au képhir.

Toutes les boissons alcooliques dont nous venons de tracer une étude succincte n'ont au point de vue qui nous occupe, aucun réel avantage, et par contre présentent des inconvénients. Le principal est, comme, nous l'avons indiqué pour le vin, la teneur même en alcool.

Y a-t-il donc des boissons efficaces pour l'estomac ? Oui, ce sont les boissons non alcoolisées.

II. Boissons non alcooliques. — Parmi celles-ci nous étudierons les trois principales à prescrire dans les dyspepsies : l'eau pure, les eaux minérales faibles, les infusions chaudes de quelques plantes.

Eau. — L'eau doit satisfaire aux conditions suivantes : être limpide, incolore, posséder une saveur agréable, demeurer à une température de 7 à 12°. En outre, elle doit renfermer 50 centimètres cubes environ de gaz par litre, dont 20 à 30 d'acide carbonique, lequel est le principal facteur de son bon goût, et 9 à 10 d'oxygène. Finalement, il faut qu'elle laisse un résidu solide de 0 gr. 10 au minimum et de 0 gr. 50 au maximum pour un litre, ce résidu étant constitué par du bicarbonate de chaux.

L'utilité de l'eau sur l'estomac a été démontrée par Frémont. A température très basse , 2°, il a prouvé que celle-ci excite la sécrétion gastrique, cette excitation portant sur tous les éléments, acide chlorhydrique et chlorures, mais principalement sur l'acide chlorhydrique faiblement combiné et libre.

Quelle eau convient-il d'employer ? Les eaux de puits sont lourdes et impures ; les eaux de pluie constituent un pis-aller; l'eau de source est l'eau idéale. Toutefois, on peut faire usage de celle de rivière, à condition qu'elle soit rigoureusement filtrée.

« L'eau pure, dit Linossier, — et nous sommes tout à fait d'accord avec lui, — est une excellente boisson de table, la meilleure le plus souvent que l'on puisse recommander aux dyspeptiques, quel que soit le mode de leur dyspepsie. » Mais nous répétons là encore ce que nous avons déjà dit : il faut n'en boire que le minimum indispensable pour apaiser la soif.

Eaux minérales faibles. — Beaucoup de dyspeptiques font d'eux-mêmes usage d'eaux minéralisées à leurs repas et emploient de préférence celles de Pougues (Saint-Léger), de Saint-Galmier (Badoit), de Vals (Saint-Jean), et de Vichy (Hôpital ou Célestins). A les entendre vanter l'efficacité d'une semblable pratique, on serait tenté de croire que ces eaux constituent une boisson idéale et qu'on pourrait presque manger impunément de tout, pourvu qu'on ait soin de ne pas prendre d'autre liquide.

Il est vrai de dire qu'en soi cette méthode n'est pas condamnable, mais nous ajoutons que, si l'usage en est bon, l'abus en est très mauvais, car il y a deux écueils à éviter : celui de boire beaucoup d'une eau peu minéralisée, et dans ce cas le volume de liquide est autant à considérer que la proportion des minéraux qui y sont contenus ; ensuite celui de boire moyennement d'une eau très minéralisée, parce que dans ce cas c'est la minéralisation même qui est nuisible. Il faut savoir en effet que si certaines eaux prises ainsi aux repas ne contiennent que peu d'acide carbonique libre et de sels, d'autres renferment jusqu'à 2 grammes du premier, d'autres enfin jusqu'à 5 grammes de bicarbonate de soude (Vichy-Célestins).

Sans doute certains uricémiques, certains diabétiques atteints en même temps de dyspepsie, peuvent se trouver loin d'une médication alcaline active. Mais dans

ce cas, c'est la thérapeutique pathogénique que l'on exerce, c'est l'état général que l'on vise, bien plus que l'altération des fonctions gastriques, secondaire à la maladie elle-même.

Toutefois, chez les dyspeptiques purs, il en est autrement. Sans vouloir entrer ici dans la discussion générale sur l'effet des alcalins, dépresseurs de la sécrétion pour les uns, excitants pour les autres à n'importe quelle dose, il est logique d'admettre que ces eaux sont plus excitantes que l'eau pure et simple, et de ce fait seul, elles doivent être employées avec mesure. En outre, en tant que gazeuses, elles peuvent, bues en trop forte quantité, distendre l'estomac et créer la sensation de ballonnement et de tension abdominale, si pénible à la fin des repas. Malgré tout, il nous paraît préférable de choisir entre deux maux le moindre, et nous croyons qu'il est quand même moins mauvais de boire plus d'une eau moins gazeuse que moins d'une eau qui l'est davantage. Aussi Linossier dit-il avec juste raison que les eaux très minéralisées, comme celles de Vichy, « ne sont pas des eaux de table à proprement parler, mais de véritables médicaments ». Mieux vaut s'en tenir aux eaux de minéralisation faible, comme celles de Vals, Saint-Galmier, Royat ou même aux eaux presque indifférentes : Evian et Alet par exemple.

Boissons chaudes. — D'une façon générale, tous les dyspeptiques se trouvent bien des boissons chaudes prises au cours du repas, indépendamment de toute considération de l'élément chimique. Et cependant, quelle est leur action sur les fonctions de l'estomac ?

Tout d'abord elles activent la sécrétion glandulaire, mais en outre, et dans une plus large mesure encore, la motricité gastrique. Il semblerait donc qu'aux hyperchlorhydriques elles devraient être interdites, et conseillées au contraire aux atones. En réalité, ces deux catégories de malades en bénéficient tout autant. La raison en est peut-être dans ce fait que la boisson chaude calmant très vite le sentiment de la soif, les dyspeptiques diminuent par là même la quantité de liquide. Or, nous savons qu'il y a tout intérêt à en faire ingérer le minimum indispensable. Et ce n'est pas là un des moindres avantages que l'on tire de l'habitude de boire chaud.

Les boissons qu'il faut employer de la sorte dans le cours des repas sont les infusions de thé très léger et modérément sucré, de tilleul, de camomille, de feuilles d'oranger, de menthe. On peut servir aussi des punchs très étendus.

C'est avec intention qu'en examinant l'une après l'autre les diverses boissons que l'on peut prescrire aux dyspeptiques nous n'avons pas mentionné le lait. Nous répétons en effet ce que nous avons déjà dit : « Le lait n'est pas une boisson, mais un véritable aliment. » — C'est comme tel que nous avons indiqué son usage antérieurement, mais ici son utilité est plus que contestable.

Son action sur l'estomac est-elle en vérité celle que l'on doit exiger d'une boisson proprement dite ? Ajouter du lait à un repas composé, comme celui d'un régime mixte, de pain, de viande, de légumes, n'est-ce pas ajouter une substance alimentaire dont l'effet peut être de créer une surcharge ? En second lieu, quel intérêt y a-t-il à mélanger aux aliments mastiqués et en pleine élaboration gastrique celle de toutes les substances nutritives qui excite le moins la sécrétion et la motricité de l'estomac ? Il est évident que c'est là n'aider en rien au travail des glandes et du

muscle gastrique, mais tout au contraire arriver exactement au but opposé à celui que doit réaliser une boisson, c'est-à-dire délayer au maximum la masse alimentaire tout en ne nuisant pas aux fonctions de l'estomac. Enfin, un fait d'observation courante est à la portée de tous : le lait est en général mal supporté par les dyspeptiques quand il est pris pendant le repas. Il leur procure du ballonnement, de la tension abdominale, phénomènes qui ne sont que des indices de l'atonie musculaire impuissante à lutter sous la charge d'aliments. « Le lait me gonfle, disent-ils, il ne digère pas, il me pèse. » Autant d'expressions qui font préjuger de son mauvais effet quand on le prend de la sorte. D'ailleurs, le plus souvent, les malades le coupent d'eau pure, ou d'une eau minérale gazeuse, contre-balançant ainsi par une cause excitante l'effet dépresseur du lait.

En résumé, nous condamnons le lait en tant que boisson dans le régime mixte, nous déconseillons l'alcool, pour porter nos préférences sur l'eau pure, les eaux chaudes telles que thé, tilleul, camomile, etc.

Nous voulons en terminant ne dire qu'un mot de la quantité de liquide utile à ingérer aux repas d'une façon générale, quitte à revenir plus tard sur les indications spéciales ressortissant de la nature même de la maladie.

Mathieu dit très justement en parlant du régime sec de Bouchard, que si « cette restriction sévère de liquides peut avoir son utilité dans quelques cas de grande dilatation stomacale, il ne semble pas qu'elle ait sa raison d'être dans le plus grand nombre des dyspepsies ». Ce sont ces quelques cas que nous nous réservons d'étudier quand nous parlerons des maladies elles-mêmes. Pour l'instant où nous envisageons la majorité des dyspeptiques auxquels le régime mixte est indiqué, nous croyons bon de se garder de toute exagération dans un sens comme dans l'autre. En réalité, *un litre à un litre et demi de boisson par jour aux repas* ne nous semble ni trop ni trop peu, surtout quand celle-ci apaise la soif, délaye la masse alimentaire et a une action excito-motrice qui facilite la digestion. Toutefois le liquide permis à chaque repas ne doit pas être pris « gloutonnement », d'un trait, mais par courtes gorgées, aussi régulièrement espacées que possible.

Entremets. — Les entremets n'ont d'autre utilité, dans le menu d'un dyspeptique, que de flatter le goût, d'être agréables et de rompre par leur variété la monotonie du régime. C'est dire que leur valeur nutritive est nulle, et même nous ajoutons que c'est là une condition qu'ils doivent remplir autant que faire se peut. Il faut bien se rendre compte en effet que tout malade, s'il est tant soit peu libre de choisir sa nourriture dans un menu, n'ira pas chercher ce qu'il lui est utile de prendre, mais ce qui lui plaît à manger et d'emblée, si l'entremets lui paraît succulent, s'y portera-t-il de préférence, restant sur son appétit pour la viande et les légumes, mais absorbant tout ce qu'il pourra de ce qui l'attire. Raison capitale pour composer toujours des entremets légers, tout en donnant le conseil au malade de ne pas en prendre beaucoup.

Il faut absolument rejeter les puddings aux fruits, les ananas au kirsch et autres choses indigestes, pour ne faire choix que de crèmes, de glaces, d'œufs, de gâteaux faits avec des céréales telles que le riz, enfin de soufflés.

Glaces. — Les glaces ont la réputation de faire digérer ; il est vrai qu'elles la méritent dans certains cas. Linossier et Frémont, qui ont expérimenté sur l'excitation gastrique des eaux à diverses températures, sont arrivés tous deux à cette conclusion que la sécrétion était activée dans une plus forte mesure à température basse qu'à température haute. Aussi chez les hypochlorhydriques, leur usage est-il logique. Toutefois il ne faut pas oublier que cette excitation intense peut, par sa répétition, irriter la muqueuse et amener de ce fait des phénomènes douloureux.

En outre il ne faut pas laisser prendre aux malades des glaces dans la composition desquelles entrent des corps nuisibles par eux-mêmes, tels que fraises et framboises. Mieux vaut s'en tenir aux seules glaces à la vanille, au café et au citron.

Œufs. — C'est à peine si nous croyons utile de revenir ici sur ce que nous avons déjà dit des œufs. Ils trouvent leur place parmi les entremets en raison des multiples formes sous lesquelles on peut les présenter à ce moment du repas : œufs à la neige, œufs au lait, œufs mousseline, omelette soufflée.

Crème. — La crème n'est autre que la matière grasse qui se sépare, en raison de sa moindre densité, à la surface du lait maintenu au repos. Elle contient, outre des corps gras (78 à 80 0/0), de la caséine, de la lactalbumine, de la lactose et une bonne partie des matières qui restaient en suspension dans le lait primitif, entraînées par la montée du beurre.

C'est un aliment riche en lui-même, mais il a plusieurs inconvénients. Sans doute, quand elle est fraîche, la crème représente, à cause de son état de fine émulsion, une des formes les plus digestibles de la graisse ; mais elle est très facilement altérable en raison des microbes qui y fourmillent. En outre, elle renferme de l'acide lactique qui lui donne son goût aigrelet, et la quantité de celui-ci augmente beaucoup pour peu qu'on la conserve.

On peut servir la crème fraîche en nature ou bien cuite, aromatisée avec de la fleur d'oranger, de la vanille, du caramel, du café.

Gâteaux de riz et de semoule. — Nous savons que le riz est, de toutes les céréales, la plus riche en hydrates de carbone et en même temps une des plus facilement digestibles, pouvant en cela se rapprocher de la semoule. Ces deux substances servent souvent d'entremets, cuites avec du lait purement et simplement : riz au lait ou passé au four, gâteaux de riz et de semoule. L'essentiel est de les faire bien cuire : une durée de deux heures n'est pas excessive.

Ce sont deux préparations dont se trouvent bien les dyspeptiques, mais il faut savoir les mettre en garde contre leur abus, en raison même de leur valeur nutritive.

Soufflés. — Les soufflés sont une des préparations les plus légères qu'il soit permis de présenter comme entremets.

Voici, d'après Seure, la façon très simple de les composer : on mêlera ensemble une cuillerée à bouche comble de fécule, un demi-verre d'eau, deux cuillerées et demie de sucre en poudre et un peu de sel ; on placera sur un feu doux, pour donner la consistance d'une bouillie semi-liquide ; on laissera refroi-

dir, on ajoutera six jaunes d'œuf et quelques gouttes d'eau de fleur d'oranger. On fouettera d'autre part les blancs d'œuf en neige ferme, et on mélangera intimement le tout. On versera dans un plat allant au feu que l'on placera dans le four de la cuisinière. Dès que le soufflé commencera à se dorer, on le saupoudrera de sucre et on laissera la cuisson s'achever.

Il se fait aussi des soufflés aux fruits : mirabelles, abricots. Pour cela, on bat plusieurs blancs d'œuf dont on verse la mousse obtenue sur la compote de fruits, et on laisse au four jusqu'à ce que le dessus soit bien doré.

On prépare aussi des puddings avec du lait, des œufs, de la farine, du sucre, lesquels constituent un aliment léger et agréable.

DESSERTS. — I. FROMAGES. — Le fromage provient du caillage de lait plus ou moins écrémé, et est formé essentiellement par de la caséine qui, passant à l'état insoluble sous l'influence de la présure, entraîne avec elle en se coagulant une partie des corps gras et des sels contenus primitivement dans celui-ci.

C'est un aliment très riche en albuminoïdes et en graisses. En outre il est très facilement digestible et possède même sur l'estomac une action excitante.

Cependant il faut établir des distinctions. Il y a en effet des fromages à pâte cuite (gruyère, parmesan, bresse) et des fromages à pâte crue (hollande, chester, brie, roquefort, camembert). D'une façon générale, on doit préférer les premiers. Mais, pour les uns comme pour les autres, il faut éviter à tout prix qu'ils soient « trop faits », à cause du nombre considérable de toxines qu'ils peuvent introduire ainsi dans l'organisme.

II. FRUITS. — Les fruits renferment une quantité considérable de sucre, constitué par un mélange à parties égales à la maturation de glucose et de lévulose avec un peu de saccharose. Or, on sait la valeur alimentaire de premier ordre du glucose, directement utilisable sans aucune digestion antérieure. En outre les saccharoses ne sont utilisés qu'après dédoublement en glucose ; mais celui-ci se fait avec une rapidité extrême dans le tube digestif. Il semblerait donc au premier abord que les fruits rentrent parmi les aliments les plus nourrissants. En réalité, il n'en est rien et leur peu de valeur nutritive tient moins à leur richesse exclusive en matières hydrocarbonées qu'à la grande quantité d'eau qu'ils renferment. La proportion de celle-ci varie en effet de 75 à 89 0/0. En outre, ils ne contiennent pas de graisse et peu d'albumine.

Les fruits n'ont donc aucune ou presque aucune valeur alimentaire. En outre de cela, ils sont mauvais à l'estomac, à cause des acides qu'ils contiennent (malates, citrates, tartrates, fumarates) et qui oscillent dans la proportion de 0,2 à 1,5 0/0.

Ces deux motifs sont-ils suffisants pour les faire rejeter dans le dessert des dyspeptiques ? — Non, mais à la seule condition de les débarrasser de l'eau qu'ils contiennent et des acides qui causent leur nocivité. Le seul moyen est de les faire cuire, de les servir en compotes. C'est là une excellente pratique et qui permet de les faire parfaitement tolérer.

Toutefois, certains fruits peuvent, dans certains cas, être pris crus : les pêches, les prunes et les abricots, par exemple.

Tout autre est l'emploi du raisin, très à la mode de nos jours. On en tire industriellement le ferment ; c'est une préparation courante dont les dyspeptiques ne doivent tirer, d'ailleurs, d'autre bon effet que celui que leur imagination leur suggère.

Dans certains pays, en Suisse en particulier, il se fait des cures de raisins. La durée moyenne en est de quatre semaines ; les doses ingérées, au début de 500 grammes par jour, sont portées progressivement à 4 kilogrammes. Certes, u cure de cette sorte est diurétique et laxative. En outre, elle peut être considér dans une certaine mesure comme une cure alcaline et voici comment : les sels c potasse auxquels le raisin doit son acidité se brûlent dans l'organisme et s'y transforment en carbonate de potasse alcalin.

III. — Confitures. — Recommandant l'usage des compotes, nous sommes loin de déconseiller celui des confitures, qui ne renferment pas plus d'eau ni d'acide que les compotes ordinaires, puisque le fruit dans ce cas aussi a subi la cuisson, et qui contiennent davantage encore de sucre. C'est un aliment de premier ordre. et on sait l'usage qu'on en fait dans certains pays étrangers.

IV. Gateaux secs. — Ce sont les seules pâtisseries à permettre aux dyspeptiques, les autres étant d'ordinaire très grasses, surtout celles connues sous le nom de pâtes feuilletées.

Tous les biscuits secs sont bons, et le nombre en est considérable, ce qui permet de varier leur emploi.

Boissons dites digestives. — Si nous inscrivons le thé et le café à la fin du repas, c'est plus pour en recommander un emploi extrêmement restreint que pour les conseiller. Sans vouloir entrer ici dans l'étude de ces substances, disons simplement qu'elles renferment en commun, comme principes essentiels, de la caféine, du tanin, et pour cette seule raison ne peuvent figurer dans le régime ordinaire des dyspeptiques. Nous avons vu déjà, en parlant du vin, que, excitant du système nerveux, il devait être de ce seul fait interdit aux malades d'estomac ; or la caféine excite tout autant, si ce n'est plus que l'alcool. D'autre part, le tanin est une des préparations les plus mauvaises, au point de vue gastrique.

Le café doit être proscrit totalement aux malades qui ont une tendance générale à l'excitation nerveuse d'abord, et ensuite à l'hyperesthésie gastrique. Tout au plus et dans de rares conditions peut-il être toléré à des doses très faibles chez certains ptosiques neurasthéniques dont l'atonie musculaire gastrique a pour pendant la dépression nerveuse générale.

Quant au thé, il ne semble pas y avoir un avantage bien marqué à ne le prendre qu'à la fin du repas. Nous l'avons conseillé comme boisson au cours de celui-ci ; nous n'avons pas à y revenir.

Nous croyons utile de résumer ici, sous forme de tableaux, la liste des principaux aliments autorisés dans le régime mixte.

Œufs : A la coque, brouillés, pochés, en omelette.

Poissons (maigres) : Merlan, sole, barbue, limande, brochet, perche ; (bouillis, grillés, frits la peau étant écartée).

Viandes : Bœuf, mouton, veau, porc (rôtis, grillés, cuits à l'étouffée) ; jambon peu salé.

Volailles : Poulet, pigeon perdrix, caille (fraichement tuées), bouillis ou grillés.

Légumes : Choux-fleurs, épinards, chicorée, carottes, céleris, artichauts, pois, petits pois, haricots verts, lentilles, etc. (en purée).

Pâtes alimentaires : Macaroni, nouilles, etc.

Entremets : Œufs sous différentes formes. gâteaux de riz et de semoule, glace, soufflés.

Desserts : Biscuits, fruits crus : pêches, abricots, raisins ; fruits cuits : en compote ; en confiture.

Pain : Rassis, grillé, biscottes, échaudés, breakfast, etc.

Boissons : Vin blanc très léger, bières allemandes, eau pure, eau minérale faible ; infusions chaudes de : thé, tilleul, camomille, feuilles d'oranger, de menthe ; punch très étendu.

Indications. — Ce que nous avons dit à propos du régime lacto-végétarien nous permet d'être bref à présent. C'est la tolérance de telle alimentation inférieure qui nous permet seule d'autoriser la prescription de telle autre alimentation supérieure, et nous avons vu quelle importance nous jugions nécessaire d'attacher à cette notion de sensibilité gastrique. Le point de vue chimique ne nous occupant en aucune façon, la maladie elle-même passant au second plan, c'est le malade que nous considérons avant tout, et ici, comme pour le régime lacto-végétarien, nous pensons qu'il faut établir trois classes parmi les dyspeptiques :

1° Ceux qui ne doivent jamais être soumis à ce régime mixte ;

2° Ceux à qui on ne doit le prescrire qu'après parfaite tolérance des régimes plus faibles ;

3° Ceux qui peuvent y être soumis d'emblée.

Les cancéreux ne devant jamais dépasser l'alimentation ovo-lactée et le régime lacto-végétarien leur étant interdit, il va de soi que celui-ci ne saurait aucunement leur convenir. Quand bien même l'anorexie ne les en détournerait pas complètement, il est certain que la viande, par suite de sa digestion beaucoup plus longue, favoriserait la stase.

Nous dirons la même chose des malades atteints d'ulcère chronique avec hypersécrétion résiduelle et chez qui l'estomac à jeun contient en même temps des débris alimentaires. Chez eux, le régime lacté, pris concurremment avec un traitement médical approprié, doit servir de pierre de touche. N'obtient-on d'une thérapeutique ainsi dirigée aucun résultat, c'est alors que la médecine est impuissante et que la chirurgie doit seule entrer en jeu. A ces malades, nous avons proscrit l'alimentation lacto-végétarienne, en raison de ce fait que les végétaux peuvent favoriser la stase. Le régime carné ne leur convient pas par conséquent.

Pareille interdiction ne saurait être faite toutefois à tous les cas d'ulcère, qu'il s'agisse d'ulcère à évolutoin aiguë ou d'ulcère à évolution chronique. Il est certain qu'à la suite d'une hématémèse, ce n'est pas du jour au lendemain que le régime carné pourra être repris et qu'il faudra longtemps avant même d'autoriser l'ali-

mentation lacto-végétarienne. La première étape sera le lait, tant qu'il ne sera pas parfaitement toléré ; la seconde, le régime ovo-lacté. Dès que les douleurs seront nulles avec une telle alimentation, on sera en droit de prescrire les végétaux. Toutefois, faudra-t-il le maintenir un certain temps à cause de leur action légèrement excitante de la musculature du tube digestif. Sont-ils parfaitement tolérés, la sensibilité gastrique est-elle nulle d'une manière constante, alors que le malade en fait usage depuis longtemps, il n'y a aucune raison pour ne pas autoriser les viandes.

La même chose est vraie pour l'ulcère à évolution chronique. Si, dans certains cas, sous l'influence du lait et du régime médical, on n'obtient aucun résultat, dans d'autres, on arrive de cette façon à faire disparaître la stase d'abord, l'hypersécrétion résiduelle ensuite et à atténuer les douleurs. Le régime lacto-végétarien a, dans ce cas, toutes raisons pour être prescrit. Est-il bien toléré à son tour, le régime mixte doit être autorisé. Toutefois, dans ce cas, il y a certaines précautions à prendre, ce n'est que très lentement que l'on doit arriver à la dose de viande qu'ingère en moyenne un individu dans le cours de ses repas. La viande, en effet, excite au maximum la sécrétion gastrique ; il est donc de toute importance de veiller à ne pas la réveiller trop brusquement. C'est pourquoi une quantité de 150 à 175 grammes nous semble amplement suffisante chez cette catégorie de malades. De plus, pour arriver à cette dose, nous croyons utile de commencer d'abord par des doses de 60 à 80 grammes. En outre, il y a lieu de recommander de diviser finement la viande, cela afin de ne pas laisser trop longtemps en contact avec la muqueuse un aliment qui l'irrite toujours.

Il y a intérêt à agir de même dans certaines gastrites irritatives, alcoolique ou autre, s'accompagnant d'hyperesthésie de l'estomac. C'est par le régime lacté seul que l'on arrive à calmer les phénomènes d'hyperesthésie dont se plaignent ces malades ; aussi faut-il être très prudent pour leur graduer le régime mixte, une fois qu'il leur a été autorisé.

Nous avons vu, en parlant de l'alimentation lacto-végétarienne, combien les dyspeptiques nerveux pouvaient en tier bénéfice et à quels titres elle leur convenait ; nous ne croyons pas utile d'y revenir, si ce n'est pour répéter que c'est un régime auquel on doit les maintenir assez longtemps. L'alimentation carnée ne leur est bonne que si elle est parfaitement tolérée, et c'est précisément là le point délicat. Il n'est pas rare que, les premiers jours, la prise de viande chez des malades de cette catégorie soit marquée de phénomènes divers d'intolérance relative. Est-ce toujours une raison pour revenir en arrière ? Quelquefois, mais non constamment. Quand, pendant cinq ou six jours d'un régime carné faible et parfaitement réparti, l'estomac devient de plus en plus douloureux, à plus forte raison quand des vomissements apparaissent, il faut de toute nécessité reprendre le régime végétarien. Mais ce qu'il est bon de savoir, c'est que, pour ainsi dire fatalement, les premiers jours où la viande est reprise, des douleurs se montrent. L'essentiel est de ne pas tant s'en rapporter à ce que disent les malades qu'à l'examen de la sensibilité de l'estomac lui-même. Si, les premiers jours, elle est plus vive qu'au-

paravant, là n'est pas une raison péremptoire pour revenir en arrière, tout au plus faut-il agir avec plus de prudence encore. Il arrive souvent qu'au bout de quatre ou cinq jours d'un tel régime l'hyperesthésie, d'abord, augmentée, s'atténue. C'est, en somme, une phrase critique nécessaire à traverser, et dont il faut être prévenu. En tout cas, si la viande est réellement mal tolérée, il est nécessaire de ne pas s'attarder à en continuer l'usage dans l'espoir qu'un jour viendra bientôt où le malade sera à même de la supporter. Il est bon alors de reprendre l'alimentation lacto-végétarienne. Ce qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est que chez ces nerveux, hystériques, neurasthéniques, hypocondriaques, l'alimentation quotidienne demande à être contrôlée très exactement et qu'il faut s'assurer autant que possible qu'elle est prise. Beaucoup d'entre eux, soit par phobie des aliments, soit par inappétence, ne demandent qu'à ne pas manger. Or, chez eux, la diminution de poids est un indice certain de l'aggravation de leur état ; il faut donc à tout prix les alimenter.

Les malades atteints de ptose, s'ils peuvent être soumis avec grand avantage au régime lacto-végétarien, n'y sont cependant pas condamnés à tout jamais, et l'alimentation carnée peut leur être autorisée. Cela cependant ne doit être que quand la tolérance qu'ils présentent vis-à-vis des végétaux est parfaite et quand, d'autre part, ils n'accusent plus de symptômes de colite muco-membraneuse. Toutefois chez ceux dont l'estomac se vide certainement, mais dans un laps de temps plus long que d'ordinaire, la nécessité est capitale, pour éviter un séjour encore plus prolongé des aliments dans l'estomac, de bien les diviser et de mâcher lentement. On conçoit sans peine, en effet, l'inconvénient qu'il y a à jeter pour ainsi dire en une seule fois et en bloc dans un estomac affaibli toute la masse alimentaire sur laquelle devra s'exercer son travail.

Une dernière question trouve sa place à propos de ces malades, celle de la quantité des boissons. Bouchard, quand il prescrivait son « régime sec », avait en vue plus particulièrement cette classe de dilatés proprement dits que l'on désigne aujourd'hui et plus justement sous le nom d'*atones* ou de dyspeptiques atteints d'*insuffisance motrice simple*. — Trois quarts de litre de liquide constituaient toute la boisson pour un jour, et, comme il leur interdisait en même temps les potages et les aliments très aqueux, la quantité totale d'eau ingérée était tout à fait minime.

Toutefois cette méthode a longtemps prévalu, et nombreux sont les médecins qui d'emblée et d'une façon systématique mettent leurs malades à ce régime dit sec. Y a-t-il donc des raisons indiscutables qui justifient cette rigueur ? Nous croyons précisément que ces cas d'atonie avec dilatation par insuffisance sont rigoureusement les seuls où cette prescription s'impose. Comme le fait très justement remarquer Linossier, « quand l'eau ingérée est nécessaire à l'organisme et quand l'absorption gastro-intestinale se fait normalement, il n'y a pas surcharge et par conséquent pas dilatation, quel que soit le volume de liquide pris ». C'est ainsi que chez les diabétiques polydipsiques, il n'a observé que dans 10 0/0 des cas le clapotage. Mais chez les atones, où l'absorption est ralentie et où la quantité d'eau nécessaire ne dépasse pas celle des besoins ordinaires, il y a intérêt pour

ces deux raisons mêmes à restreindre la quantité de liquide. En outre, chez ces sujets, l'eau ingérée séjourne dans l'estomac et par cela même n'étanche pas la soif. Un gastrectasique qui boit fait un peu, suivant l'expression pittoresque de Linossier, comme s'il emplissait d'eau une bouteille portée dans sa poche. En outre, l'excès de liquide diluant le suc gastrique le rend moins actif. Toutes raisons qui militent en faveur de la restriction de la boisson chez ces malades atones. Toutefois, nous n'irons pas jusqu'à leur proscrire les potages, à la condition qu'ils ne soient pas trop clairs. Enfin, ici encore, le conseil est important de faire boire chaud pour apaiser vite la soif d'abord, ensuite pour exciter la sécrétion et plus encore la motricité de l'estomac.

Est-il possible de prescrire d'emblée à un dyspeptique le régime mixte ? Nous avons suffisamment insisté sur la notion de sensibilité de l'estomac pour redire en deux mots ici que nous en faisons le seul guide possible dans ce débat. Un malade ne se plaint-il que de phénomènes nervo-moteurs d'ordre banal, l'hyperesthésie qu'il présente est-elle infime ; d'autre part est-il sous le coup soit d'une irritation locale passagère et qui s'atténue, soit d'une émotion morale dont l'effet s'amoindrit déjà, on ne voit pas qu'il y ait de motif plausible pour ne pas lui autoriser le régime carné établi comme on l'a vu plus haut.

En tout cas, il est rare que la viande puisse être prescrite d'emblée à un malade qui vient consulter pour son estomac. Mais ici encore aucune considération théorique n'a de valeur, et nous répétons à la fin de ce chapitre comme à la fin de ceux qui ont précédé : ce n'est nullement la maladie en elle-même qui doit guider pour prescrire le régime et encore moins le type chimique observé. La sensibilité de l'organe sert seule d'indication.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement du coup de chaleur et de la fièvre thermique, par TASKER HOWARD (*Merck's Archives*). — A ceux qui sont exposés au danger du coup de soleil, il faut recommander de ne pas s'exposer témérairement, de manger avec modération, de ne pas craindre l'eau à l'intérieur et à l'extérieur, de renoncer à tout rafraîchissement alcoolique. Les vêtements doivent être lâches, la chemise en flanelle. Andrews a recommandé la couleur orange pour la chemise afin d'arrêter les rayons actiniques qui sont les facteurs les plus actifs des troubles causés par les rayons du soleil. Les yeux doivent être protégés par des verres teintés.

Dans le coup de chaleur, il survient des accidents qui ont beaucoup d'analogie avec le choc : faiblesse générale, nausée, parfois lipothymie, pouls faible, rapide, température souvent subnormale, pâleur et transpiration de la peau. Dans les cas légers, on couchera le patient, la tête basse, et on lui administrera de l'acétate d'ammoniaque ou quelque autre stimulant. On peut appliquer un sinapisme sur la poitrine. Dans les cas graves, il faut élever les pieds du lit. Le patient doit être entouré de boules d'eau chaude et frictionné vigoureusement. On peut recourir aux stimulants vasomoteurs, strychnine, atropine, digitale et même aux préparations surrénales. On donnera des injections salines chaudes par le rectum, on pourra les rendre plus stimulantes en y ajoutant trente à soixante grammes d'eau-de-vie et 1 gr. 20 de carbonate d'ammoniaque.

Dans la fièvre thermique, le traitement est tout différent. Les prodromes ressemblent aux symptômes précédents, mais l'attaque est généralement subite. La face est congestionnée, la peau est chaude, sèche, le pouls rapide, plein, la respiration stertoreuse. La température varie souvent de 41° à 43°. Il peut y avoir de l'agitation, du délire et des convulsions. L'indication est d'abaisser la température le plus rapidement possible. Si la température ne dépasse pas 39°, on peut y arriver rapidement par des lotions froides ou dégourdies. Si la température est plus élevée, il faudra donner des bains très froids, avec application de glace sur le corps, tandis qu'on frictionne vigoureusement la face antérieure du corps et les membres avec de la glace, et qu'on éponge la tête avec de l'eau glacée. Au bout d'une heure de traitement, la température peut tomber à 39°. On pourra donner aussi un lavement d'eau glacée.

La saignée semble indiquée si la respiration est difficile, le pouls dur et plein, s'il y a perte de connaissance ou des convulsions. On ne sait bien quel rôle joue la toxémie dans ces accidents qu'on a aussi rapportés à la concentration du sang, par suite de la transpiration excessive. C'est pour remédier à leurs effets qu'on a recommandé les injections salines.

Les convulsions seront combattues par le chloroforme en inhalations, le bromure et le chloral en lavement.

La convalescence exige des soins particuliers.

L. JUMON.

Le rhumatisme chronique déformant, par CHAUFFARD (*Journ. des praticiens*, 7 juillet 1906). — Nous insisterons plus spécialement sur les conseils thérapeutiques contenus dans cette leçon faite à l'hôpital Cochin.

Il est important de traiter cette affection dès le début et de ne pas attendre la période d'ankylose pour intervenir. Les pratiques hydrothérapiques (Dax en hiver, l'été Aix-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Néris, Plombières, Bourbon-Lancy), améliorent souvent beaucoup les malades.

Comme traitement médicamenteux, l'auteur a recours aux injections sous-cutanées suivantes :

Iode	1 gr.
Iodure de potassium	2 gr.
Eau distillée stérilisée ...	300 gr.

Us. ext.: Une injection de 1 cc. par jour.

L'huile de foie de morue, les bains sulfureux, sont indiqués. La nuit, on enveloppera les articulations malades après application d'une pommade contenant de l'acide salicylique et de la térébenthine. La pyramidon (0 25 gr. le soir) assouplit notablement les articulations.

E. Vogt.

La pomme de terre dans le diabète et l'obésité, par Sternberg (*Deutsche med. Wochenschrift*, 5 juillet 1906). — La pomme de terre, qui rassasie rapidement, sans trop nourrir, et se prête à de nombreuses recettes culinaires, est pour l'auteur, contrairement aux idées courantes, très indiquée pour calmer la boulimie des obèses. Pour obtenir un aliment conservant le goût de la pomme de terre et privé d'une grande partie des hydrocarbures, l'auteur conseille de râper les pommes de terre crues et de mettre cette farine dans de l'eau. Au bout de quelque temps, la farine descend au fond du vase ; on décante et on verse le liquide décanté dans un linge ; on chasse l'eau par expression et on fait sécher le résidu, dont on préparera une série de mets (croquettes, purées, etc.), que les obèses et les diabétiques peuvent ingérer sans inconvénient.

E. Vogt.

Contribution à l'étude du diabète insipide et à son traitement par la strychnine, par Spaether (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 23 juillet 06). — L'auteur cite une observation concernant un malade trouvé étendu sur la voie publique avec une plaie du cuir chevelu : au cours de la convalescence apparut une bronchite et une érysipèle, avec polyurie (14 litres par jour). Bientôt on constata de la parésie musculaire à droite, de l'anosmie, etc., la quantité d'urine descendit à 3.500 — 4.000 ccm. A ce moment, on fit tous les deux jours une injection de 0,001 à 0,002 grammes de nitrate de strychnine : après la 2e injection, le taux de l'urine descendit à 2.700, et après la 12e on atteignit 1.500 ccm.

Il est probable que dans ce cas existait une parésie du centre des vasomateurs rénaux subordonnée au traumatisme, et que l'action excito-motrice de la strychnine a combattu avec succès cet état.

E. Vogt.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement local palliatif des cancers de la bouche (Leçon du Professeur Gaucher, *in : Journ. des mal. cutanées*, avril 1906). — Ce traitement palliatif doit tout d'abord s'adresser aux phénomènes de suppuration qui se produisent à la surface des néoplasmes ulcérés. Parmi les agents antiseptiques que l'on peut utiliser à cet effet le meilleur semble être l'eau oxygénée. Il faut la prescrire diluée à 1/4 et le malade doit faire, avec cette préparation, plusieurs lavages de bouche tous les jours. L'eau oxygénée n'a qu'une action purement antiseptique. Peut-on espérer agir sur le néoplasme à l'aide d'un agent médicamenteux capable de retarder sa marche ? L'auteur recommande de se servir du chlorate de soude ou mieux encore du chlorate de magnésie : ce dernier est bien moins caustique que le chlorate de potasse. Puis par comparaison avec ce que l'on sait de l'action favorable de la magnésie dans certain cas de verrues, on est peut-être en droit d'espérer que le chlorate de magnésie exerce une heureuse influence sur les épithéliomas. L'emploi du chlorate de magnésie ne présente qu'un petit inconvénient, à savoir : la difficulté de garder ce corps qui est très déliquescent et se décompose très rapidement en donnant des vapeurs de chlore. Aussi faut-il le conserver en solution que l'on prépare immédiatement après l'avoir obtenue. Les lavages de bouche au chlorate de magnésie seront, chez les cancéreux, prescrits avec une solution à 1/10 qui est en général très bien supportée. Ces applications ne peuvent évidemment être que palliatives.

E. Vogt.

Tumeurs cancéreuses et helminthes (*Acad. de méd.*, 24 juillet 1906). — Rapport de M. ROUX, à propos d'une note expérimentale de M. BONEL. On a pu, chez des rats, trouver dans des tumeurs malignes du foie ou des reins, des cysticerques vivants, inclus dans des loges kystiques. Ces parasites appartenaient au *tœnia crassicole* du chat. Il s'agissait bien de tumeurs sarcomateuses, qu'il a été facile de reproduire par l'inoculation. De là à penser que le cysticerque est susceptible de servir de véhicule à un virus encore inconnu, transmissible par l'inoculation, il n'y a pas loin.

L'auteur ne semble pas néanmoins gêné par ce fait que, dans les expériences entreprise, le cysticerque aurait été trouvé au centre de tumeurs très différentes : un sarcome dans un cas, une tumeur épithéliale dans l'autre. Ne serait-il pas beaucoup plus logique d'admettre que le virus, grâce à lui, pénètre dans les tissus, grâce aux désordres qu'il y produit ?

A. BENOIT.

Traitement de la péritonite tuberculeuse ascitique, par ROUET (*Journ. des praticiens* 21 juillet 1906). — L'auteur recommande, après la ponction, une injection d'oxygène pur, qui provoque une gêne respiratoire quand le volume de l'abdomen est la moitié de ce qu'il était avant la ponction (tension du gaz augmentée par le degré thermique). Le gaz, dans le cas décrit, commença à se résorber vers la troisième semaine et disparut en 8 jours. Il a suffi d'une seule injection pour obtenir la guérison absolue, qui ne s'est pas démentie depuis 3 ans.

Dans 4 autres cas, mêmes résultats au bout de 2 à 5 mois : dans un cas, où la résorption se fit dès le quinzième jour, on dut faire une nouvelle injection.

E. VOGT.

Traitement des processus inflammatoires aigus par la méthode de Bier, par HELLER (*Soc. méd. de Greifswald*, 2 mai 1906). — L'orateur fait ressortir que l'hypérémie par stase localise l'infection, retarde la résorption des toxines, favorise le développement du tissu conjonctif et calme la douleur : on peut, en cas d'arthrites, par exemple, procéder à la mobilisation à une époque où l'inflammation n'a pas encore disparu, grâce à l'analgésie obtenue au moyen de l'hypérémie, qu'on réalise par des ventouses de formes appropriées ou par la bande de caoutchouc.

Une surveillance étroite de la part du médecin traitant constitue une condition nécessaire pour la réussite.

Au cours de la discussion, RITTER donne les résultats de sa pratique. Il n'a pas incisé un seul furoncle, ni une seule pustule depuis 9 mois; les résultats sont aussi très encourageants en cas de bubons et de mastite : les fistules consécutives à l'adénite guérissent avec une grande rapidité, mais la méthode ne semble pas agir sur les ganglions profondément situés.

En cas d'eczéma suintant, la ventouse est tout spécialement indiquée: c'est la disparition du prurit qui constitue le résultat le plus marqué.

E VOGT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

De la forme anatomique correcte des pédales des bicycles, par R. A. LUNDIE (*The british med. journal*, page 768). — L'auteur désire porter à l'actif de la profession médicale une modification des pédales destinée à donner aux bicyclistes un confort plus grand, une fatigue moindre, sans déperdition de forces, tout en faisant éviter les cors observés fréquemment chez ceux qui usent de la bicyclette. Ces cors, apparus chez des sujets qui n'en avaient jamais eu auparavant sont situés à l'union de la plante et de la face externe du pied, au regard de la cinquième articulation métatarso-phalangienne. Leur présence, en ce lieu inusité, indique clairement qu'il y a *excès de pression* sur le bord externe du pied. Placez-vous sur le sol, les deux pieds réunis. L'axe de la plante du pied forme un angle droit avec la ligne de la jambe. Ecartez ces pieds de quelques pouces, tout en les maintenant parallèles et vous réaliserez la position du pied sur des pédales à plan horizontal. Or, l'axe de la jambe sur celui de la plante forme bien encore un angle droit, mais la jambe est inclinée latéralement sur cet axe. Il en résulte que le pied subit une torsion légère. Si, poursuivant l'expérience, vous placez des planches sur le sol, de manière à pouvoir marcher sur un plan incliné de haut en bas et de dehors en dedans, on remarquera que la marche, les jambes écartées, se fera plus aisément que sur un sol uni.

Il en est de même pendant l'exercice de la bicyclette, voire même des machines à moteur. Dans ces conditions, M. Lundie s'est fait confectionner des pédales en tout semblables aux modèles ordinaires, sauf leur inclinaison légère, qui relève leur bord externe ; la conséquence de cette modification est de rendre parfaitement inutiles les tablettes latérales destinées à caler le pied, qui vient buter contre elles, dans la position ordinaire. L'essai prolongé fait par lui-même et par les Drs Watteville, et Kingussie a justifié ses prévisions. Les indurations de la face externe du pied ont disparu, pendant que la fatigue diminuait, par suite de la suppression du frottement de la plante du pied, soutenu normalement à l'axe de la jambe. Il va sans dire que cette inclinaison doit être très légère. L'auteur ne s'attribue pas tout le mérite de ce progrès, car on trouve cette forme de pédales dans des modèles d'anciens bicycles (1888), construits par M. Smith, qui, sans avoir remarqué les lésions cutanées auxquelles il est fait allusion plus haut, avait cherché à prévenir le glissement du pied et la fatigue qui en est la conséquence. A. BENOIT.

Comment éviter les insuccès dans la ponction lombaire ? par ALF. DŒNITZ (*Munch. med. Woch.*, 10 juillet 1906). — Tous les inconvénients de la ponction lombaire tiennent à une mauvaise technique. Celle-ci doit répondre à trois indications : La canule doit arriver dans la région la plus inférieure du sac arachnoïdien, on doit éviter toutes les lésions accessoires, particulièrement celles des éléments nerveux. Elle doit être facilement praticable. On répond à ces indications lorsqu'on pénètre exactement dans la ligne médiane et en retirant le mandrin avant de ponctionner les méninges.

On évite ainsi la piqûre extrêmement douloureuse des faisceaux nerveux de la queue de cheval, que l'on a même considérée comme un signe assez certain de la réussite de la ponction. On évite la lésion inutile des vaisseaux et l'écoulement d'un liquide sanguinolent, par suite de la blessure du plexus veineux. L'action irritante est beaucoup plus faible, lorsque la solution n'est pas injectée entre les faisceaux de la queue de cheval, mais sur sa face postérieure.

L'auteur décrit la technique suivante : Désinfection du champ opératoire. Le malade est assis en position cyphotique le plus prononcée possible de la colonne dorso-lombaire et en compensant toute scoliose ou torsion. On anesthésie les téguments avec du chlorure d'éthyle ou une injection interstitielle de cocaïne. On ponctionne d'abord seulement la peau entre la première et la deuxième vertèbre lombaire, ou un espace au-dessous. Si l'aiguille glisse sur le ligament intervertébral, on ponctionne sur le côté de la colonne vertébrale et on enfonce ensuite l'aiguille dans la direction médiane. On enfonce la canule de quelques centimètres vers la tête exactement sur le milieu, sans pénétrer d'abord dans le canal rachidien. S'assurant encore que l'aiguille est exactement dans la direction médiane, on enlève le mandrin et on pousse lentement l'aiguille, jusqu'à ce que le liquide sorte. On ajoute la seringue chargée de l'anesthésique et on la vide. On place ensuite le patient le bassin d'autant plus relevé que l'on doit opérer sur une région plus élevée. Une ou deux minutes après l'injection on vérifie les réflexes, ceux du genou et du crémaster pour les opérations faites au-dessous de l'arcade crurale; pour les opérations de la région de l'aine, le réflexe abdominal doit avoir disparu. On examine l'anesthésie deux ou trois minutes après l'injection, en vérifiant si elle n'occupe point la région de l'opération. Suivant le résultat obtenu, on augmente, ou on diminue l'inclinaison du bassin. En général l'anesthésie est complète au bout de cinq minutes. L. JUMON.

La thiosinamine contre les rétractions cicatricielles, par O. WOLTKE (*Medicinskoyé Obozréniyé* 1906, N° 10). — La propriété de la thiosinamine d'assouplir les cicatrices et les tissus fibreux néoformés se confirme chaque jour par de nouvelles observations cliniques. Dans ces derniers temps, une thiosinamine perfectionnée a été introduite dans la thérapeutique sous le nom de fibrolysine. Ce n'est autre chose qu'une combinaison, très facilement soluble, de thiosinamine avec le salicylate de soude, dont les injections hypodermiques seraient absolument indolores.

Se trouvant en présence de deux malades chez lesquels la fibrolysine paraissait tout indiquée et n'ayant pas à sa disposition ce nouveau produit, l'auteur le fit préparer par le pharmacien d'après la formule que voici :

Thiosinamine ..... } ââ 1 gramme
Salicylate de soude .... }
Eau distillée ..... 10 grammes
F. S. A A délivrer dans un flacon noir.

Des injections de 1 cc. de cette solution furent pratiquées au voisinage de la partie atteinte. Dans un des cas traités de la sorte, il s'agissait d'une synovite chronique du genou, datant de trois ans et consécutive à une métrite puerpérale s'étant compliquée de phlegmatia alba. Cette femme boitait fortement par suite de contracture de l'articulation atteinte. Les injections de thiosinamine la firent marcher sans boiter en un mois. La seconde observation concernait un homme présentant, au creux cubital, une vaste cicatrice, suite de brûlure, qui immobilisait le membre. Après six injections, tous les mouvements dans l'articulation du coude sont devenus complètement libres.

V. DE HOLSTEIN.

Les abcès de fixation, par LEMOINE (*Journ. des praticiens*, 21 juillet 1906). — L'auteur a appliqué la méthode à une série de catarrhes suffocants observés au cours d'une épidémie grippale : les 9 premiers malades avaient été rapidement emportés. Les 2 premiers malades, traités plus tard par la méthode de Fochier, moururent aussi, parce qu'on n'avait recouru à ce moyen qu'en toute extrémité. A partir de ce moment, l'auteur pratiqua les piqûres aussitôt le diagnostic établi, et il n'y eut plus un seul décès (7 malades traités). L'année suivante, les résultats ont été les mêmes.

Les injections n'ont jamais dépassé 1 cc. à la fois ; 3 fois on recommença le lendemain, et 2 fois on fit 3 piqûres à 12 h. d'intervalle. On choisira comme lieu d'élection pour les interventions la partie externe de la cuisse ou la région latérale du thorax.

Le procédé est extrêmement douloureux, mais on peut calmer les souffrances par des enveloppements humides et chauds.

En 5 ou 6 jours, le pus est collecté, et on peut lui donner issue dès le 8e jour en prenant toutes les précautions d'asepsie, l'abcès étant amicrobien ; le liquide qui s'écoule est épais, grumeleux, blanc rougeâtre, inodore. La cicatrisation est quelquefois longue, à cause de l'existence de décollements assez étendus.

L'injection provoque une leucocytose abondante, avec diminution des lymphocytes et augmentation des polynucléaires.

Pour l'auteur, l'abcès de fixation est un moyen héroïque dont il faut user dans les affections générales de grande gravité, telles que : infection puerpérale, catarrhe suffocant, méningite cérébrospinale.

E. VOGT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Contribution au traitement des sténoses de l'œsophage, par le prof. GERHARDT (*Munch. med. Woch.*, 3 juillet 1906). — En général le traitement de rétrécissements de l'œsophage vise à maintenir la déglutition par un régime liquide et par un cathétérisme méthodique. Des observations de l'auteur tendent à montrer que l'usage régulier de la morphine peut améliorer beaucoup la déglutition. Dans un cas où les troubles de la déglutition opposaient un obstacle absolu à l'alimentation, le malade put de nouveau reprendre son alimentation liquide, après avoir pris durant 2 ou 3 jours 15 à 20 gouttes d'une solution de morphine à 1 0/0 trois fois par jour avant de prendre des aliments. Ici le diagnostic était impossible, le cathétérisme avait amené une hémorragie. Après le traitement, le malade reprit du poids, l'alimentation étant redevenue suffisante. L'action favorable de la morphine sur la déglutition s'explique apparemment par la suppression du spasme de l'œsophage au niveau du rétrécissement. Une surface ulcérée dans l'œsophage provoque facilement une contraction chronique de la zone musculaire du voisinage et cette contraction contribue beaucoup à augmenter l'imperméabilité de l'œsophage.

Cette action favorable de la morphine fera défaut dans les cas où les tumeurs sont la cause même du rétrécissement. Dans un cas où une malade avait avalé de l'acide chlorhydrique et où la déglutition était devenue absolument impossible, on institua l'alimentation rectale. Deux jours de ce traitement suffirent pour faire cesser le spasme de l'œsophage et permettre de nouveau l'alimentation liquide. Dans beaucoup de cas où il faut être extrêmement prudent dans l'emploi de la sonde, la morphine peut rendre de grands services et à la clinique de Naunyn, la morphine a remplacé le cathétérisme dans la plupart des cas de cancer de l'œsophage. Il n'y a pas beaucoup d'importance à ce que la morphine soit donnée par la bouche ou en injection sous-cutanée, mais il est essentiel qu'on la donne 10 à 15 minutes avant les repas composés d'aliments ayant la moindre action irritante locale. Il n'y a

aucun danger d'aggraver par la morphine l'état des malades qui supportent très bien le médicament dans la circonstance.

En résumé, la morphine peut rendre de grands services pour combattre un symptôme dans les rétrécissements, surtout cancéreux de l'œsophage.

L. JUMON.

Sur l'achylie gastrique et son traitement, par LEO (*Munch. med.Woch.*,3 juillet 1906). — L'achylie gastrique n'est pas une affection rare, elle n'implique pas non plus la destruction de la muqueuse de l'estomac. Parmi les symptômes de l'achylie, il faut noter particulièrement les douleurs stomacales et la constipation. Les premières, qui peuvent faire défaut, se présentent parfois par accès après le repas, rappelant celles de l'hyperchlorhydrie. Lorsqu'elles sont très intenses, elles s'accompagnent parfois de petites hémorragies et de la présence du sang dans les selles. Un symptôme constaté par tous les auteurs est la diarrhée chronique, mais celle-ci ne survient que dans un certain nombre de cas. Souvent les selles sont régulières ou, à part des alternatives de constipation et de diarrhée, on peut constater parfois une constipation prolongée, opiniâtre. Malgré la contradiction qui existe dans la présence de deux symptômes si opposés dans une même maladie, ils n'en relèvent pas moins de l'achylie même.

Contre la constipation habituelle, l'auteur a obtenu de bons résultats de l'agar-agar qui lubréfie les matières en absorbant de l'eau et de la paraffine liquide.

Quant au traitement de l'achylie en général, il n'existe aucun moyen de réveiller la sécrétion une fois éteinte. L'achylie se distingue en cela de la simple hypochlorhydrie ou de la gastrite qui la détermine et que l'on peut combattre souvent par des mesures appropriées, particulièrement par des irrigations de nitrate d'argent.

Il faut donc, dans l'achylie, se borner surtout à suppléer dans la mesure du possible à la fonction gastrique absente. En dehors de la mastication prolongée des aliments, on prescrira l'acide chlorhydrique associé à la pepsine.

Par contre, l'auteur reconnaît qu'il n'a retiré aucun avantage de la pancréatine associée au bicarbonate de soude.

Leo s'élève encore contre l'usage inconsidéré de l'acide chlorhydrique dans toute maladie d'estomac, de même qu'aujourd'hui, on tombe dans l'extrémité contraire en lui refusant toute action ou en attribuant ses effets à la suggestion. C'est aller évidemment trop loin. Lorsqu'il existe des troubles dyspeptiques dans l'achylie, ils sont favorablement influencés, de même que les douleurs épigastriques. Certains malades atteints d'achylie ne pourraient se passer de pepsine chlorhydrique.

L. JUMON.

Etiologie et traitement rationnel de la lithiase biliaire, par A. LORAND (*The mont. Cycl. of prat. med.*, juin 1906). — Le traitement le plus rationnel de toute maladie est le traitement étiologique. La cause directe de la lithiase est l'inflammation des conduits biliaires, inflammation causée par l'immigration des bacilles provenant de l'intestin. Tant que l'écoulement de la bile se fait librement, la pénétration des bacilles dans les voies biliaires est très difficile, de sorte que la stase biliaire constitue en réalité la principale cause de la lithiase.

Lorand fait jouer un certain rôle à l'insuffisance thyroïdienne qui est une cause de l'atonie intestinale et des conduits biliaires. L'insuffisance thyroïdienne est encore démontrée dans les cas de calculs biliaires par l'obésité, la constipation habituelle, avec atonie de l'intestin. Les calculs biliaires sont loin d'être rares dans les cas d'hypothyroïdie.

La conclusion de toutes ces considérations est que pour traiter la lithiase biliaire d'une façon rationnelle, il faut prévenir l'atonie de l'intestin et la constipation habituelle et combattre ces états lorsqu'ils existent. Chez les femmes obèses, le traitement ovarien et thyroïdien peut donner de bons résultats, surtout comme mesure prophylactique.

Le traitement de la constipation par un régime bien réglé et approprié est bien supérieur au traitement médicinal. Il faut diminuer la quantité des viandes et recourir aux légumes verts, aux fruits, au pain noir, etc., qui excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin. Si les eaux de Carlsbad ont une action marquée sur la lithiase biliaire, elles le doivent surtout à leur action laxative qui stimule le péristaltisme. Elles exercent aussi une action calmante sur les lésions irritatives de la muqueuse des voies biliaires. Sous leur influence il se produit une sécrétion biliaire plus abondante. Pour combattre l'inflammation des voies biliaires, Lorand a retiré de bons résultats de l'aspirine. Des cataplasmes chaux appliqués sur la région

du foie contribuent aussi à améliorer ces états. Pour éviter le retour d'une colique hépatique, les malades doivent s'abstenir d'un exercice exagéré et surtout de boissons très froides.

Les indications opératoires dans la lithiase biliaire sont l'empyème de la vésicule, l'imperméabilité du canal cholédoque due à un gros calcul. En général, une opération ne doit être faite que lorsque le traitement interne n'a pas donné de résultats satisfaisants.

L. JUMON.

La douche hépatique, par RAYMOND ET DUCHESNE. (*Journ. de physiothérapie*, 15 juillet 1906). — Les auteurs recommmandent le jet très brisé à 38°, élevé peu à peu jusqu'à 45° (durée totale 1/2 à 1 minute). On termine par une douche générale mitigée ou mieux froide de 20 à 30 secondes. Si le foie est très douloureux, la douche terminale sera tiède (coliques hépatiques, congestions). Aux foies torpides convient la douche froide très courte.

C'est dans le paludisme que la douche donne de très notables améliorations ; c'est la douche chaude qui est surtout indiquée dans les cas de ce genre. Les congestions toxiques (alcooliques, gros mangeurs, etc.), sont de même très favorablement influencées. Enfin, les maladies de la nutrition s'accompagnant d'hypertrophie du foie sont nettement justiciables d'une cure hydrothérapique.

L'action est nulle dans la cirrhose confirmée, surtout dans l'atrophique.

Du côté des voies biliaires, la douche améliore tous les ictères chroniques, facilite l'évacuation de la bile en diminuant le spasme des canaux. La douche calme remarquablement les petites coliques subintrantes et améliore, dans l'intervalle des accès, le fonctionnement de la cellule hépatique.

Le traitement ne saurait être confié qu'à un médecin, qui décidera jour par jour, selon les réactions du malade, à quelle forme de douche il y a lieu de recourir.

E. VOGT.

Diagnostic et traitement de l'appendicite (*Soc. de Méd. Berlinoise*, 25 juillet). — M. J. ISRAËL discute la question de savoir s'il faut opérer à froid tout individu ayant eu antérieurement une crise d'appendicite. Les arguments sur lesquels il s'appuie pour montrer qu'il faut faire un choix, attestent une expérience clinique sérieuse et, s'il ne se perdait dans des nuances subtiles, on pourrait accepter ses conclusions dans ce qu'elles ont d'essentiel. Deux catégories de malades sont à distinguer, suivant qu'ils ont conservé ou non, après leur crise appendiculaire, des symptômes tant subjectifs qu'objectifs. Parmi ceux qui souffrent encore, dit-il, certains accusent des *douleurs appendiculaires* (?) spontanées ; pour ceux-là l'indication opératoire est formelle. Si les troubles subsistent encore trois mois après la crise aiguë, une récidive étant à craindre, il faut les opérer. Si l'on sent un épaississement persistant de l'appendice, il faut reculer l'intervention le plus tard possible, car les adhérences se relâchent avec le temps. Pour ceux qui ont des fistules externes, il est évident que l'opération est la seule ressource.

Plus conformes au courant actuel, ses idées sont aussi plus précises en ce qui concerne les malades délivrés de tout symptôme alarmant après une première crise. La récidive est improbable après 2 ans, surtout chez ceux qui ont eu un abcès ; donc, l'opération est inutile. Il faut opérer les autres, car ils ont une chance sur deux de récidive. C'est faire la part bien faible aux erreurs de diagnostic ; il est néanmoins évident qu'on fait courir moins de risques en opérant à froid ceux qui doivent récidiver. Mais comment les distinguer ? C'est ce que l'auteur n'indique pas ; il se contente d'énumérer les circonstances spéciales qui peuvent peser sur la décision du chirurgien : femmes enceintes ou nubiles, sujets atteints de crainte morbide, par suite de leur affection, etc. M. LANDAU signale les difficultés du diagnostic différentiel avec les *lésions annexielles*. Cela n'a d'ailleurs que peu d'importance, dit-il, puisque l'opération précoce est le meilleur traitement à opposer à la salpingite. La discussion est close par quelques remarques de M. OLSHAUSEN qui fait observer que si l'on tient compte de la forme transversale et non longitudinale des exsudats, de la bilatéralité habituelle des lésions, de la constatation d'une gonorrhée (?) on ne saurait penser à une appendicite, mais bien à une lésion des annexes.

A. BENOIT.

Traitement médical de l'appendicite, par HOMER WAKEFIELD (*The Monthly Cycl. of. med. Pr.*, juin 1906). — Il est d'abord très important de connaître ce qu'il faut éviter. Une fois le diagnostic établi, on ne commencera pas par donner de la morphine et

des calmants. Ne pas donner de l'huile de ricin. Il est préférable de donner un laxatif salin ; sulfate ou phosphate de soude ; contre la fermentation gastrique, l'auteur conseille l'eau oxygénée par cuillerées à café dans de l'eau avant et après le repas. S'il y a du pyrosis, des éructations acides, il faudra toujours neutraliser l'acidité par de grandes quantités de bicarbonate de soude, préférablement additionné de menthe. Contre l'atonie digestive administrer une solution de bicarbonate de soude chaude assez longtemps avant le repas. Dans les cas d'atonie et de ptoses très prononcées, il est préférable de recourir aux injections hypodermiques d'ergotine, quoique les préparations surrénales soient aussi efficaces pour rétablir la tonicité des tissus. La noix vomique à l'intérieur donne aussi de bons résultats.

Un massage bien fait au niveau des régions viscérales peut hâter le retour à la normale. Toutes les méthodes qui combattent la stase veineuse viscérale sont excellentes, on peut ainsi conseiller les bains froids, les exercices. Pendant les périodes inflammatoires et jusqu'à la chute de la fièvre et de la température, il faut exiger le repos au lit et pratiquer une palpation très douce de la région appendiculaire.

Dans le traitement, il faut tenir grand compte du facteur personnel, en traitant le malade on traite la maladie. Si l'acidité digestive domine, il faut chercher à maintenir les urines alcalines pendant quelque temps. Si les putréfactions intestinales sont actives, l'auteur donne avec succès de l'extrait fluide d'ecalyptus dans de l'eau.

Lorsque les malades ont traversé heureusement une attaque d'appendicite sans opération, ils doivent être instruits des dangers, des symptômes, des fermentations et des putréfactions intestinales, de la constipation, etc., et suivre un traitement en conséquence pour éviter les récidives. Leur vie sera réglée au point de vue de la quantité, de la qualité des aliments, des heures des repas, des exercices. Tous les efforts et exercices violents doivent être considérés comme dangereux tant qu'il y y a de la ptose et de l'atonie des viscères. Dans ces états de ptose viscérale, il faut relever le taux de l'hemoglobine et donner à l'organisme certains éléments de reconstitution, tels que l'iode, le phosphore, l'arsenic. En tenant ainsi compte de l'aspect médical de l'appendicite, on peut éviter le développement de la maladie à des périodes dangereuses ainsi que le retour des crises.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Traitement de l'asthme et des affections analogues, par SIEGEL (*Therap. Monatshefte*, juillet 1906). — Comme régime, la suppression de l'alcool et du tabac, la diminution de la quantité des aliments s'imposent dans tous les cas ; on remédiera au météorisme par des infusions de menthe et en évitant les légumes susceptibles de provoquer des troubles de ce genre. Les iodures sont depuis longtemps usités dans ces affections, l'auteur ne s'y arrête donc pas, mais s'étend davantage sur les bains carbogazeux artificiels, dont on obtiendra d'excellents résultats en commençant avec prudence (34 à 35°, durée du bain 10 minutes). Si le traitement est bien supporté, si le pouls devient plus lent et plus plein, on descendra à 30° (durée du bain, 20 à 25 minutes). On peut arriver à 4 ou 5 bains par semaine. Le patient ne doit pas s'essuyer lui-même, et il reposera une heure sur une chaise-longue après le bain.

En cas d'accès imminent, on donnera toutes les deux heures un cachet ainsi composé :

Poudre de feuilles de digitale...	0 gr. 10
Caféine	0 gr. 20

Si l'accès est en plein développement, on recourra à la piqûre de morphine. Il est bon, une fois l'accès passé, d'injecter pendant 2 jours 0,005 centigr. de morphine par jour : cette pratique provoque une disparition rapide de l'œdème pulmonaire.

En cas d'angine de poitrine, il y a lieu d'attirer l'attention sur les effets parfois étonnants des pédiluves et maniluves aussi chauds que possible. La morphine doit être évitée, ainsi que les bains carbo-gazeux.

Dans l'emphysème pulmonaire, le traitement par les agents physiques, trop négligé, donne d'excellents résultats. Lavage froid du corps entier matin et soir, hiver comme été. Des enveloppements humides du thorax, la nuit, bien appliqués, provoquent un sommeil paisible. On con-

tinuera ainsi tous les soirs, pendant une quinzaine.

Des exercices de gymnastique appropriés rendront de grands services (5 minutes matin et soir) ; la cure de terrain devra être appliquée chaque fois que cela sera possible.

L'auteur n'est pas partisan des cigarettes anti-asthmatiques, dont le papier irrite les bronches. On donnera en revanche avec succès, de temps en temps, pendant une quinzaine une infusion de 0,3 gr. de digitale par jour.

En hiver, l'emphysémateux rentrant chez lui ne doit jamais passer directement de l'air froid dans une chambre chauffée.

L'appareil naso-pharyngien devra toujours être soumis à un examen minutieux, car son bon fonctionnement est indispensable. D'un autre côté, si on trouve des lésions, on observera que l'état de gêne respiratoire sera notablement diminué si l'on soigne minutieusement le naso-pharynx (badigeonnages avec du nitrate d'argent à 2 0/0, ou du sozoïodolate de zinc).

Si le cœur n'est pas atteint, on peut autoriser l'usage modéré de l'alcool et du tabac.

E. Vogt.

Le traitement des hémorroïdes, par G. Sutherland (*The Practitionner*, juillet 1906). — Ce traitement est général et diététique, palliatif et radical.

En général, le traitement exige une propreté scrupuleuse, des fomentations chaudes, des lavages avec un savon antiseptique. Eviter les habitudes sédentaires si possible; pour les personnes affaiblies, bains froids et toniques. Réduire toujours les hémorroïdes procidentes. Diététique, le traitement comportera plus d'exercice pour les obèses ; on supprimera les excitants, le vin, la bière forte, trop de sucre et de farineux. Suivre un régime propre à combattre la constipation. Eviter de trop grandes quantités de thé.

Le traitement palliatif peut être médicamenteux et local. Pour combattre la congestion hémorroïdale, il faut obtenir des selles tous les jours, au moyen de laxatifs doux, parmi lesquels la cascara, qui est un des meilleurs.

Le traitement local consiste dans l'usage d'astringents et de sédatifs, de pommades, suppositoires, lotions et injections. On prescrit beaucoup en Angleterre une pommade à base d'hamamelis et d'adrénaline. L'auteur recommande la pommade suivante :

Adrénaline	0 gr. 03
Paraffine liquide.....	3 gr.
Vaseline blanche.....	12 gr.
Essence de géranium...	trois gouttes
Lanoline	15 gr.

Contre les hémorroïdes externes, on se sert avec avantage de lotions d'acétate de plomb, de sulfate ferreux, de perchlorure de fer, d'acide gallique, de tannin, de teinture d'hamamelis.

Les injections d'eau glacée additionnée d'adrénaline ou d'un hémostatique, sont employées utilement pour arrêter les hémorragies.

Les suppositoires sont sédatifs et astringents, et sont composées de perchlorure de fer (1 : 40), de bismuth, morphine, cocaïne, de tannin et d'opium, d'hamamelis et de cocaïne, d'iodoforme et de cocaïne, etc. L'anusol est du sulfonate de bismuth et d'iodo-résorcine, et possède une action astringente et antiseptique puissante.

Dans une crise hémorroïdaire, le malade sera souvent obligé de garder le lit, le siège élevé. Après un lavement de propreté, on applique un sac de glace ou des cataplasmes de farine de lin, on fait des fomentations d'eau boriquée chaude. Si la douleur est intense, on applique un suppositoire morphiné. Si le traitement échoue, il faut inciser l'hémorroïde qui est la cause des troubles et enlever le caillot.

Bien souvent le traitement palliatif patiemment conduit, donne un bon résultat. Mais quelquefois il échoue, ou les malades s'anémient les hémorragies. On s'abstiendra d'opérer dans les cas de grossesse, ou si l'affection est symptomatique d'une maladie du foie, de la vessie, de l'utérus, d'un rétrécissement de l'urèthre ou d'une hypertrophie de la prostate.

Dans la cirrhose, les hémorragies agissent comme une soupape de sûreté, et tant qu'elles saignent, il y a peu d'ascite. L'anémie hémorragique, la persistance de la douleur et des accidents locaux, l'affaiblissement général, sont les indications de l'opération. En Angleterre, c'est la ligature qui est regardée comme la meilleure opération dans la majorité des cas d'hémorroïdes internes.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Traitement du zona et des éruptions zoniformes, par INGELRANS (*L'Echo médical du Nord*, 22 juillet 1906). — Rechercher les conditions étiologiques du zona pour en tirer quelque indication, dans les cas de tuberculose, de diabète. S'il s'agit d'un zona simple, on donnera un purgatif dès la phase gastrique, on mettra le malade au régime lacté et on fera de l'antisepsie intestinale. Les premiers jours, la quinine sera donnée à assez haute doses contre les phénomènes fébriles.

Les douleurs névralgiques seront combattues par l'antipyrine, les opiacés, l'aconitine, la valériane, etc., on pourra prescrire :

Sulfate de quinine.. 0.25 centigr.
Extrait d'opium..... 0,01 —
pour une pilule. Trois par jour.

La teinture de gelsemium sempervirens, qui a une action spéciale sur les douleurs, se prescrira de quinze à vingt gouttes par jour. Si les douleurs empêchent le sommeil, on donnera le chloral, le sulfonal, le trional, le véronal. Les injections de morphine peuvent être nécessaires.

Localement, on évitera les applications cutanées chaudes ou froides qui macèrent l'épiderme et on saupoudrera le zona avec de la poudre d'amidon mêlée d'un peu de poudre d'opium. Si les bulles sont crevées oindre avec de l'onguent simple, de la vaseline, de lanoline, de l'emplâtre de mélilot ou de ciguë, saupoudré de poudre d'opium (2 gr.), du liniment oléo-calcaire frais et boriqué.

On pourra faire avec avantage du stypage avec du chlorure de méthyle sur le trajet du nerf.

N'utiliser les badigeonnages au collodion, les applications de solutions alcooliques fortes que tout au début ; de même, les attouchements au perchlorure de fer ou au nitrate d'argent. Il vaudra mieux faire des applications de compresses imbibées de décoction de feuilles de coca (4 grammes par litre d'eau) additionnées de cocaïne. On emploiera encore la pommade suivante :

Orthoforme ..... 10 gr.
Oxyde de zinc.....
Huile d'amandes douces ..... àâ 20 gr.
Baume du Pérou..... X gouttes.

Il est quelquefois possible de dissiper les douleurs en pratiquant une saignée locale abondante, aussi près que possible du point d'émergence du nerf, sans intéresser la zone inflammatoire entourant les vésicules, ou bien encore la ponction lombaire.

Si le zona prend des allures gangréneuses, panser avec de la poudre de charbon, de quinquina, additionnée d'iodoforme ou de salol. Lorsque les ulcérations ne sont plus enflammées, appliquer des rondelles d'emplâtre rouge de Vidal.

Les douleurs peuvent persister après l'éruption, il faut alors faire des pulvérisations au chlorure de méthyle, des injections de morphine, de cocaïne, de stovaïne, faire des pointes de feu à la racine du zona, de l'électrisation. Kaposi donne contre les névralgies consécutives de la quinine ou de l'arsenic.

Liqueur de Fowler..... CC X gouttes.
Eau de fenouil ou d'anis. 250 grammes.

Une cuillerée à café, par jour, augmenter d'une par jour, jusqu'à atteindre vingt.

Envoyer les malades à Plombières, Bourbonne, Aix ou Néris.

Les éruptions zoniformes sont secondaires au traumatisme, à une intoxication, à une infection, pneumonie, tuberculose, à l'urémie, au diabète, aux cachexies, aux névrites périphériques.

C'est dire que dans le traitement on doit tenir compte de la cause.

L. JUMON.

Sur le traitement de la chorée, par SHŒMAKER (*Merck's Archives*, juin 1906). — Donnant comme exemple clinique le cas d'une jeune fille atteinte de chorée, l'auteur commença par combattre un état catarrhal gastro-intestinal en donnant toutes les demi-heures jusqu'à quinze doses, des paquets contenant 0 gr. 01 de calomel et de bicarbonate de soude, le tout suivi d'une dose purgative de citrate de magnésie. La malade fut ensuite mise au régime lacté absolu. Pour combattre les fermentations gastriques, la malade prit trois fois par jour deux gouttes de créosote dans du lait chaud. Ensuite, l'auteur prescrivit trois fois par jour cinq gouttes d'extrait fluide

de cimicifuga racemosa, en augmentant la dose d'une goutte par jour jusqu'à production du vertige et de la prostration. Le médicament chez cette malade, non seulement améliora ou guérit la chorée en diminuant l'excitabilité réflexe, mais stimula l'action glandulaire du côté de la digestion. Il en fut de même pour la fonction menstruelle supprimée, qui se rétablit. Son action sur le cœur et la circulation ressemble à celle de la digitale, quoique moins marquée.

Dans les cas de chorée, Carson employait les suppositoires suivants :

Extrait de jusquiame..	ââ 0 012
Ex. de cannabis indica.	
Monobrom. de camphre	0 30
Baume de cacao, q. s.	

pour un suppositoire n° 20.

Introduire un suppositoire dans le rectum trois fois par jour.

L. JUMON.

Traitement du morphinisme par l'atropine, par M. BRIDE (*Treatment*, juillet 1906). — A la suite d'un traumatisme abdominal un homme de 40 ans fut atteint de diarrhée persistante et de névralgies abdominales, que rien ne pouvait calmer si ce n'est des injections de morphine. Les tentatives faites pour remplacer la morphine par d'autres médicaments inoffensifs étaient toujours suivies du retour de la diarrhée et des névralgies. Au bout de six mois, l'état du malade était inquiétant au point de vue général et en raison de son amaigrissement. Cet homme en était arrivé à s'injecter 84 grains par jour (5 grammes). L'auteur résolut de supprimer complètement la morphine qu'il remplaça par des injections d'atropine (0 gr. 0004) et de strychnine (un milligramme), quatre fois par jour. En outre, le malade prit de l'extrait de quinquina rouge et des toniques amers. L'atropine fut donnée jusqu'à l'apparition de symptômes physiologiques, en augmentant la dose jusqu'à production du délire, la strychnine fut poussée jusqu'à des doses de trois milligrammes. Le délire avait un caractère doux et inoffensif et le malade ne réclamait pas la morphine. Lorsque le délire disparut, la douleur abdominale revint, mais moins intense, ainsi que la diarrhée. Celle-ci céda à des doses extrêmement faibles d'arsénite de cuivre (0 mgr. 6 dans 120 gr. d'eau). Un régime plus substantiel ayant été donné au bout d'une quinzaine, le malade fut pris d'accidents de collapsus grave qui mirent sa vie en danger. L'auteur injecta alors une dose ordinaire de morphine. Les accidents disparurent pour ne plus reparaître. L'auteur est tenté de croire que l'atropine est un spécifique contre le morphinisme.

L. JUMON.

Traitement électrique et radiothérapique des névralgies de la face, par FAUVEAU DE COURMELLES (*Journ. des praticiens*, 30 juin 1906). — L'auteur insite spécialement sur les méthodes nouvelles. Le bleu est une couleur calmante, mais son action est très variable, tandis que les rayons ultra-violets, ou mieux toutes les radiations de l'arc voltaïque refroidi calment souvent instantanément les névragies faciales. Le compresseur sera appliqué sur la région la plus douloureuse : on emploiera 3 à 5 ampères, pour empêcher la phlyctène, que la brûlure chimique des rayons détermine souvent.

Les rayons X sont encore plus sédatifs : on dirige l'anticathode le plus près possible du maximum douloureux. L'auteur a toujours évité les brûlures en interposant entre le patient et le tube une large plaque en aluminium véritablement reliée au sol (gouttière, bec de gaz, tuyau d'eau ou de gaz). Les applications, de 5 à 20 minutes, ont une intensité progressivement croissante, que l'auteur mesure au milliampèremètre.

Le radium en tube exige une radioactivité considérable, si on fait de courtes séances : en vernis résistants et faciles à antiseptiser, on a besoin de beaucoup moins d'activité.

Il suffit quelquefois de peu de séances d'un de ces trois modes pour guérir définitivement des névralgies très anciennes (en général de 10 à 20 séances).

Les brûlures des rayons ultra-violets sont faciles à guérir, mais il n'en est pas de même pour les deux autres procédés.

Trois ou quatre séances de rayons X dessèchent les pustules du zona : la douleur disparaît peu à peu. La guérison exige en moyenne 10 à 12 séances.

E. VOGT.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Les surprises du cérumen, par RICARD (d'Alger). (*Annales méd.-chir. du Centre*, 15 avril 1906). — L'ablation d'un bouchon

de cérumen n'amène pas toujours l'amélioration de l'ouïe ; quelquefois même elle aggrave le trouble fonctionnel. L'auteur rappelle que sur 165 extractions de cérumen, Toynbee n'a vu la restauration complète de l'ouïe que dans 60 cas.

L'auteur rapporte 3 observations où l'ablation du bouchon de cérumen a été suivie d'une aggravation des symptômes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 59 ans chez qui l'extraction du cérumen de l'oreille gauche fut suivie d'une diminution de l'ouïe ; un grain de café enfoncé dans le conduit ramena l'audition antérieure.

Le deuxième cas concerne un homme de 63 ans, atteint d'artério-sclérose et présentant dans chaque conduit auditif une masse grisâtre, dure et adhérente aux parois. Après l'ablation, le malade n'entend plus la montre au contact et distingue moins bien les bruits de la rue; cette aggravation de la surdité a persisté et a fait accuser le médecin d'avoir « crevé le tympan ».

Un 3e malade, âgé de 53 ans, goutteux, présente dans le fond du conduit auditif gauche, une masse grisâtre et adhérente. Instruit par les deux cas précédents et craignant le même résultat, M. Ricard conseille au malade d'ajourner l'ablation.

Ce dernier peu satisfait, va chez un autre confrère qui lui enlève le bouchon cérumineux ; aussitôt, l'audition diminue et des bourdonnements sourds et continus surviennent.

Comment expliquer l'aggravation des symptômes subjectifs consécutive à l'extraction d'un bouchon cérumineux ?

On peut supposer que, chez ces malades artério-scléreux, le corps étranger agit sur la membrane du tympan, à la façon d'un tympan artificiel et exerce une pression sur la chaîne des osselets.

Quelle conduite tenir vis-à-vis d'une personne âgée qui présente des concrétions cerumineuses ?

Si la masse est profondément située, si elle est dure, adhérente, si la peau du conduit est pâle, amincie, il est prudent de s'abstenir de toute intervention ; si le malade insiste, il faut le prévenir des suites fâcheuses, quoiques rares, de l'ablation du corps étranger.

A. Courtade.

La fièvre des foins et son traitement sérique, par Kammann (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 25 juin 1906). — L'auteur commence par démontrer que le pollen d'une série de plantes contient des toxalbumines vraies, provoquant des réactions intenses à des doses très faibles chez l'homme et le cheval : c'est sur des chevaux immunisés que l'on récolte le sérum curatif de la fièvre des foins.

La réaction se manifeste très rapidement pour certaines toxines : il existe des variations, dépendant de l'origine du pollen expérimenté (graminées, ambrosiacées, solidaginées).

La statistique actuelle, portant sur 287 malades traités en 1905, par la méthode de Dunbar, donne 65,9 0/0 de succès, 27,1 0/0 d'améliorations et 7 0/0 d'insuccès. Cette statistique est meilleure que celle qui porte sur la période antérieure, parce que le mode d'administration a été perfectionné.

E. Vogt.

Tamponnement postérieur en cas d'épistaxis, par Nægali-Akerblom (*Therap. Monatshefte*, juillet 1906). — La règle consiste, pour le spécialiste, à n'employer ce procédé que dans quelques rares cas, et de retirer le tampon, crainte d'infection, au bout de 24 heures. Cette dernière règle doit être sévèrement observée, ainsi que le démontre un cas cité par l'auteur, où le tampon, qu'on avait négligé d'extraire en temps voulu, était entièrement enclavé. Tous les procédés d'extraction ayant échoué, on alla chercher le bout du fil de soie fin qui était fixé au tampon et s'était cassé au cours des manœuvres d'extraction. Cette recherche s'effectua au moyen d'un fil en bronze d'aluminium, qu'on introduisit au moyen d'une sonde de Nélaton et qui permit de saisir le bout du fil de soie.

L'auteur recommande expressément, si l'on applique un tampon postérieur, de choisir un fil extrêmement solide, par conséquent épais. Dans ce dernier cas, le patient sera gêné par le fil qui pend dans son pharynx, et viendra réclamer l'extraction dudit tampon au bout de 24 heures. Un fil fin ne le gêne pas et peut casser au moment de l'extraction.

E. Vogt.

Prothèse dentaire et végétations adénoïdes, par Richard Chauvin, Dr Bricard et Ducournau (*La Pratique médic.*, avr. 1906). — Les auteurs ont remarqué que les symptômes d'adénoïdisme disparaissaient après la réduction des malformations dentaires

qu'ils avaient pratiquée chez des enfants. Une fillette de 12 ans, présentait une déviation considérable des dents pour laquelle on l'adresse au dentiste ; l'aspect de cette enfant permettait d'affirmer qu'elle était porteur de végétations adénoïdes : taille petite, mince, bouche entrouverte, voûte ogivale, maxillaire inférieur effilé comme celui des rongeurs, ronflement pendant le sommeil, respiration nasale difficile étaient autant de signes de la lésion du cavum.

Huit à neuf mois après le redressement des dents, la transformation de l'état général est complète : le prognatisme a disparu, la voix n'est plus nasonnée et le développement corporel est très notable.

Les auteurs expliquent l'amélioration ou la disparition des symptômes d'adénoïdisme de la façon suivante : outre l'hérédité, les maladies aiguës ou diathésiques qui sont une cause d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, on fait jouer un rôle prépondérant à l'arrêt de développement des os de la face. Les sécrétions nasales s'accumulent dans le pharynx, s'infectent et provoquent l'hypertrophie du tissu adénoïdien.

L'intervention du dentiste a pour effet de dilater lentement mais sûrement la voûte palatine et par conséquent les fosses nasles ; dès lors, la respiration nasale devient possible et la stagnation des secrétions dans le pharynx impossible, d'où régression du tissu adenoïde.

Très souvent, chez les adenoïdiens de la seconde enfance, on observe des déviations dentaires parce que la courbe du maxillaire supérieur n'est pas suffisante pour laisser se développer librement toutes les dents.

Les auteurs pensent que la prothèse dentaire, chez des sujets à maxillaire atrésié, peut constituer la base du traitement des végétations adenoïdes ; ils se demandent même, si, chez les sujets indemnes de toute malformation dentaire, la dilatation méthodique de la voûte palatine, ne donnerait pas les mêmes résultats que chez les premiers sujets ; il n'y a que l'expérience qui pourra confirmer cette hypothèse.

A. COURTADE.

De la pompe salivaire des dentistes employée dans l'arsenal chirurgical, par ROBERT WOODS de Dublin (*La Pratique méd.* févr. 1906) — M. Woods utilise depuis 7 ans la pompe salivaire pour enlever le sang et les mucosités du champ opératoire.

Il se sert du plus grand appareil de la maison Ash de Londres ; cet appareil est actionné par la pression de l'eau qui alimente la ville, pression qui permet d'obtenir une aspiration équivalente à environ 65 cm. de mercure.

L'embout, relié à l'appareil par un long tube de 3 à 4 m., est représenté par un tube de cuivre de 2 m/m environ d'ouverture ; malgré le faible diamètre de l'orifice, les caillots sanguins sont toujours désagrégés et absorbés.

Dans les opérations sur le voile du palais, l'auteur se sert d'un embout court en plomb, dans le genre du tube que l'on emploie dans les sonneries pneumatiques.

Herring a retiré un grand bénéfice de l'emploi de cet appareil après la cystotomie sus-pubienne ; il entoure l'extrémité du tube avec de la gaze avant de l'introduire dans la vessie. Cette gaze a un double but : collecter le liquide pour l'aspirer à travers le tube et fournir un passage à l'air de manière que la cavité vésicale ne soit jamais exposée à une pression négative.

A. COURTADE.

De l'emploi de la pompe électrique pour aspirer les liquides, par BARATOUX (*La Pratique méd.*, fév. 1906). — M. Baratoux fait le vide dans un flacon à l'aide d'une pompe aspirante dans le genre de celle qui sert au massage du tympan, pompe qui est actionnée par un moteur électrique. Les embouts métalliques reliés au flacon par des tubes de caoutchouc, peuvent être de forme et de diamètre variés, suivant la région où l'on opère.

L'aspiration d'un peu de liquide dans la sinusite frontale procure au malade un grand soulagement ; on peut utiliser l'appareil pour obtenir le nettoyage de la caisse dans l'otorrhée, dans les sinusites, etc.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Les caustiques chimiques dans le traitement du lupus. LEÇON DU Pr GAUCHER (*Journ. des mal. cutanées*, avril 1906). — Les caustiques chimiques constituent le traitement de choix de la plupart des cas de lupus

érythémateux. Le permanganate de potasse, peut rendre des services dans le traitement de cette affection : la solution de permanganate peut être appliquée après des scarifications préalables qui favorisent sa pénétration et son action.

Pourtant M. Gaucher, dans le traitement du lupus érythémateux, se sert de préférence d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'acide acétique cristallisable, sans scarifications préliminaires. Le rôle de l'acide acétique est sans doute d'attaquer légèrement les téguments et de favoriser ainsi la pénétration et l'action de la teinture d'iode, partie réellement active du mélange. Quoi qu'il en soit, cette préparation donne de très bons résultats dans le traitement du lupus érythémateux.

Les courants de haute fréquence permettront souvent d'obtenir la guérison du lupus érythémateux du cuir chevelu, mais sur la face ils sont inférieurs au mélange iodo-acétique.

Les caustiques chimiques trouvent également leur application dans le traitement du lupus tuberculeux. Les lupus de petites dimensions sont justiciables soit de l'ablation, soit du thermo-cautère ou du galvano-cautère. Mais les lupus très étendus échappent à ces moyens d'action thérapeutique et ici encore les caustiques chimiques constituent la médication de choix. Depuis quelques années, l'auteur a employé, l'acide phénique en solution alcoolique d'après la formule suivante :

Phénol absolu synthétique pur.....	20 grammes.
Alcool éthylique pur à 95°.....	5 grammes.

L'expérience a montré qu'on pouvoit employer ces doses élevées de phénol, à condition de se conformer rigoureusement aux précautions suivantes. L'acide phénique ne produisant des accidents locaux que quand il se trouve en présence de l'eau, il faut donc l'associer à l'alcool absolu ou du moins presque absolu. D'autre part, si l'on a cru devoir décaper les croûtes du lupus par des pansements humides ou des pulvérisations avant d'appliquer le topique phéniqué, il faut attendre pour ce faire que les surfaces lupiques soient complètement asséchées.

On applique ce mélange tous les deux jours à l'aide d'un pinceau d'ouate : cette application est généralement bien supportée. Dans les jours intercalaires, on fait des badigeonnages avec de l'huile phéniquée à 1/6. Ce traitement donne de très bons résultats dans la cure du lupus tuberculeux.

E. Vogt.

Cures thermales des dermatoses. L'eczéma, par Beyrand (*La Presse thermale*, 25 juillet 1906). — Il faudrait pouvoir, d'après l'auteur, faire suivre aux malades une double cure hydrominérale : l'une destinée à agir sur le terrain, l'autre s'adressont localement aux lésions cutanées. Il est toujours préférable de commencer par la seconde, quand on ne peut combiner les deux méthodes dans la même station.

Parmi les eaux antidiathésiques, on peut citer Aix-les-Bains, Contrexéville, Châtel-Guyon, Néris, Vichy. Parmi les antidermatologiques, on rangera La Bourboule, Saint-Christau, les eaux sulfureuses. Ces dernières possèdent les deux actions réunies, car le soufre est antifermentescible et excitateur de la nutrition. Les sulfureuses fortes (surtout calciques), agissent principalement sur les eczémas secs, lichénisés, à placards tenaces, à condition de les prescrire à 28-38° seulement, avec une durée du bain de 30 à 45 minutes. On peut aussi, en outre, faire des pulvérisations tièdes sur les points atteints. En cas de prurit, on s'adresse aux compresses imbibées d'eau sulfureuse, qu'on laisse refroidir. A l'intérieur, on donnera 1 à 3 verres d'eau peu forte.

E. Vogt.

L'hyperidrose et la bromidrose axillaires, par Leredde (*Journ. des praticiens*, 7 juillet 1906). — L' *hyperidrose* est commune dans les dyspepsies de fermentation et chez les sujets gras. Il y a donc là des indications spéciales pour des traitements généraux : comme traitement local, la radiothérapie donne les plus sûrs résultats ; grâce à elle, on peut arriver à faire s'atrophier les cellules sécrétoires. De petites doses (2 à 3 unités de Holzknecht) tous les 15 ou 20 jours agiront sans danger si l'on a soin d'absorber les sécrétions sudorales après les séances.

En dehors de ce procédé, on se trouvera bien de lavages quotidiens avec une solution alcoolique de sublimé à 1 : 250, de résorcine à 3 : 100, puis de poudrer largement avec des poudres inertes, par exemple :

Talc	40 gr.
Magnésie calcinée.....	20 —

Acide salicylique..... 2 —
Us. ext. Poudres porphyrisées.

En cas de bromidrose, la radiothérapie est à recommander spécialement, mais on peut faire aussi des badigeonnages avec quelques substances désinfectantes, telles que le permanganate de potasse, 1 : 500 et même 1 : 300, le formol en solution alcoolique à 1 : 20 ou 1 : 10. Les sous-bras en caoutchouc seront séparés de la peau par une feuille de gaze.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS.

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Hydronéphrose intermittente partielle par BAZY (*Bull. de la Soc. de Chir.* 6 mars 1906). L'auteur, après avoir rappelé que l'hydronéphrose intermittente est due, comme il l'a montré antérieurement, à une malformation congénitale extra-rénale du bassinet, rapporte un cas d'hydronéphrose partielle due, comme le démontre la pièce présentée à la Société, à une malformation congénitale intra-rénale du bassinet.

Il s'agit d'un malade qui souffrait depuis plusieurs années de crises douloureuses du côté de son rein gauche, suivies de débâcles urinaires, crises absolument analogues à celles de l'hydronéphrose intermittente ; depuis quelque temps les urines étaient purulentes, la séparation montra que le pus venait du rein gauche, dans le flanc gauche on constatait la présence d'une tumeur constituée manifestement par le rein gauche augmenté de volume.

Dans une première intervention, l'état de la malade étant précaire et la tumeur très volumineuse et très adhérente, on se borna à faire une simple néphrotomie ; comme il restait une fistule, la néphrotomie fut pratiquée six mois après dans d'excellentes conditions et avec succès.

L'examen de la pièce montre que la rétention se faisait dans la portion inférieure du bassinet dilaté et formant une poche occupant les deux tiers de la hauteur du rein, cette poche présente une paroi amincie percée d'orifices aboutissant dans des cavités constituées par les calices dilatés et entourés d'une zone très mince de tissu rénal. Au-dessus de cette poche, séparée d'elle par une large cloison et ne communiquant avec elle que par un orifice très étroit se trouve une autre cavité beaucoup plus petite qui représente le bassinet normal et dans laquelle s'abouche l'uretère. Il s'agit donc d'une hydronéphrose partielle développée aux dépens du bassinet dans l'épaisseur du rein, qu'on pourrait appeler plus exactement une hydropyélonéphrose, et qui s'est manifestée cliniquement comme une hydronéphrose intermittente.

L'examen des urines des deux reins a montré le peu de valeur qu'il faut attribuer à l'examen clinique des urines et à l'épreuve de la polyurie expérimentale, puisque le rein ne secrétait que 12 gr. d'urée et que la quantité d'urine n'était nullement en rapport avec la valeur fonctionnelle de chaque rein pris en particulier. La cryoscopie n'a pas non plus de valeur au point de vue fonctionnel, elle est seulement en rapport avec la densité de l'urine.

En résumé, le diagnostic de la valeur fonctionnelle des reins se fait d'après un grand nombre de conditions dont l'élimination du bleu de méthylène est une des plus importantes.

M. DESCHAMPS.

Les abcès du rein, par LAMBERT (*Rev. clin. et thér. des mal. des org. génito-urinaires*, avril 1906). — Les abcès du rein ne doivent pas être confondus avec la pyélonéphrite et la néphrite suppurée des urinaires. Ils sont toujours des abcès métastatiques consécutifs à une maladie infectieuse, scarlatine, érysipèle, fièvre puerpérale, phlegmon, panaris, ostéomyélite, furonculose. Ils peuvent s'accompagner de périnéphrite.

Au début, il n'y a que des signes généraux d'intoxication, les urines ne contiennent pas de pus : il y a quelquefois un peu de sensibilité à la pression, et un peu d'augmentation de volume du rein. On peut observer de la polyurie (von Stockum), quelques globules sanguins dans l'urine (Israël).

Le diagnostic avec la pyélo-néphrite se fait d'après l'absence de point urétéral et du réflexe urétéro-vésical, l'intégrité de l'orifice de l'uretère examiné au cystoscope.

Au début, l'abcès du rein s'annonce au cours d'une maladie infectieuse par de la fièvre avec douleurs dans la région lombaire, frisson, troubles digestifs ; tant que l'abcès est fermé les urines sont claires. Un symptôme important noté par l'auteur,

dans toutes les suppurations rénales et péri-rénales, c'est la toux sans lésion pulmonaire.

La néphrotomie doit être précoce.

M. DESCHAMPS.

Tumeur de la vessie à implantation urétrale, par DUHOT (*Annales de la policlinique Centrale de Bruxelles*, janv. 1906).

Le malade qui fait l'objet de cette communication, vint consulter un an et demi auparavant pour de la fréquence des besoins d'uriner ; la cystoscopie montra simplement des colonnes vésicales très développées ; comme il n'y avait aucun autre symptôme, on fit le diagnostic de pollakiurie par inflammation interstitielle chronique du col, à cause de la sclérose vésicale constatée par la cystoscopie.

Au bout d'un an et demi, la pollakiurie étant devenue plus intense et douloureuse, on fit de nouveau un examen cystoscopique, mais avec le cystoscope rétrograde qui montra une tumeur de la grosseur d'une noisette, régulière, ni villeuse, ni vascularisée, non pédiculée, ayant complètement envahi le col vésical. Les urines étaient toujours restées claires, jamais il n'y avait eu d'hématurie.

La taille hypogastrique montra que cette tumeur avait la grosseur d'une noix, qu'elle obstruait tout le col vésical sous la forme d'un champignon, et qu'elle s'implantait dans l'urètre prostatique par un pédicule mince, long de trois centimètres. La tumeur fut enlevée et la base d'implantation touchée au thermo. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un papillome bénin peu vascularisé.

Ce que cette observation présente de particulier, c'est : 1° l'absence d'hématurie ; 2° la situation du point d'implantation, qui est ordinairement le trigone vésical ; 3° les avantages fournis pour l'examen par le cystoscope rétrograde de Schlagintweit qui permet de faire en même temps la cystoscopie ordinaire et la cystoscopie rétrograde.

M. DESCHAMPS.

L'électricité dans les maladies de la prostate par DOUMER (*Annales d'électrobiologie et de radiologie*, janvier 1906). — L'auteur communique les résultats de 122 cas de prostatites et engorgements de la prostate, compliqués ou non de vésiculite et de périprostatite, traités par les courants de haute fréquence (courants de Morton) produits, soit par la machine statique, soit par la bobine. On introduit l'électrode (de préférence à manchon de verre), dans l'anus jusqu'au niveau de la prostate ; 5 à 6 centimètres environ ; la durée des séances varie entre trois et douze minutes, la durée la plus longue étant appliquée avec les électrodes métalliques.

L'amélioration fut surtout marquée rapidement chez deux malades qui présentaient de la prostatite aiguë avec dysurie, fièvre, gonflement et sensibilité exquise de la prostate au toucher et expulsion de pus au méat après expression de la glande. Dans un cas de périprostatite phlegmoneuse, on ne put introduire l'électrode dans l'anus, l'abcès s'ouvrit au périnée.

Dans les cas de prostatite chronique avec douleur et gonflement de la glande, avec ou sans filaments dans les urines, le premier symptôme qui disparaît ordinairement c'est la sensation de pesanteur au périnée, puis c'est l'écoulement si fréquent à la suite d'excès de boisson ou de coït, enfin la douleur à la pression et le gonflement disparaissent ensuite.

Les résultats semblent durables, sauf dans les cas de traitement incomplet ou d'excès de coït dans la suite. Dans le simple engorgement, il faut compter 6 ou 7 applications, dans les prostatites chroniques banales, il faut 17 à 18 séances en moyenne, les cas les plus longs sont les périprostatites pour lesquelles il faut compter un mois à un mois et demi.

L'auteur compte appliquer les propriétés antiphlogistiques de la méthode aux autres organes du bassin.

M. DESCHAMPS.

Urétérocystostomie, par PONS (*Revue de Chirurgie*, 10 mars 1906). — Il s'agit d'un malade opérée par Imbert, de Marseille, pour un épithélioma utérin. On fit l'hystérectomie abdominale totale et comme l'extrémité inférieure de l'uretère était envahie par le néoplasme, on le sectionna et on l'aboucha dans la vessie: la malade sortit de l'hôpital guérie, le bon fonctionnement de l'anostomose urétérale fut constaté par la cystoscopie.

L'auteur publie cette observation afin d'insister sur la nécessité d'enlever toujours les utérus cancéreux par l'abdomen ; il s'agissait en l'espèce d'un cas type à hystérectomie vaginale ; cette opération n'aurait pas permis de voir les lésions urétérales, et elle aurait eu pour conséquence fatale une fistule urétéro-vaginale qui aurait nécessité une intervention ultérieure.

M. DESCHAMPS.

Utilité de la prostatectomie, par BAILLET, (*Annales médico-chirurgicales du Centre*, 14 janv. 1906). — Les accidents provoqués par l'hypertrophie de la prostate peuvent être divisés en trois catégories : 1° les accidents de rétention aiguë chez des malades présentant depuis quelque temps de la difficulté à uriner, des mictions nocturnes : cette rétention aiguë apparaît à l'occasion d'un repas trop copieux, d'une fatigue, d'une envie retenue ; 2° les accidents de rétention chronique qui s'est installée insidieusement, avec résidu vésical constant ; 3° les accidents de rétention complète avec distension vésicale se traduisent par de la pollakiurie ou même de l'incontinence.

Les malades rentrant dans la première catégorie doivent être soignés par le cathétérisme méthodique et régulier, la plupart du temps les fonctions de la vessie reprennent leur cours normal. Les malades de la seconde catégorie doivent être traités chirurgicalement, la méthode de choix est l'ablation de la prostate : même avec un cathétérisme bien conduit, on risque d'infecter sa vessie et de scléroser son rein. Enfin, les malades de la troisième catégorie doivent être prostatectomisés d'emblée sans préparation préalable.

L'auteur accorde ses préférences à la voie transvésicale.

M. DESCHAMPS.

Calculs de l'urètre prostatique, par ANDRÉ (*Bulletin Medical*, 23 *juin* 1906). — Les calculs de l'urètre prostatique peuvent se développer sur place ou provenir des portions supérieures de l'appareil urinaire : ils sont souvent vésico-prostatiques, la portion vésicale étant généralement plus volumineuse que la portion prostatique (apparence pyriforme ou en sablier) : ils sont quelquefois adhérents à la paroi urétrale.

Le diagnostic se fait au contact des instruments explorateurs qui butent ou frottent au passage. La situation et la forme du calcul sont plus exactement délimités par le toucher rectal et la radiographie. S'il y en a plusieurs, le toucher rectal peut faire sentir de la crépitation calculeuse.

Quand le calcul est petit et mobile, on peut essayer de l'extraire par les voies naturelles à l'aide d'un crochet guidé par l'urétroscope (Janet).

On peut encore le refouler dans la vessie et faire la lithotritie.

Si le calcul est uniquement prostatique et par trop volumineux, on pourra l'extraire à l'aide d'une taille urétrale par la voie périnéale ; mais si le calcul a une portion de lui-même dans la vessie, il faudra rejeter la voie périnéale et faire la taille hypogastrique, car la portion vésicale étant plus volumineuse on pourrait difficilement lui faire franchir le col vésical en l'attirant par en bas.

La taille hypogastrique permet toujours d'extraire le calcul, et on peut au besoin débrider le col vésical si la portion prostatique du calcul est trop enchassée, on n'a pas à craindre l'incontinence ultérieure, le vrai sphincter de la vessie étant au niveau de l'urètre membraneux comme a pu s'en convaincre une fois de plus l'auteur dans un cas qu'il rapporte à la fin de son article.

M. DESCHAMPS.

L'électrolyse linéaire dans les rétrécissements urétraux, par GALLOIS (*Annales d'électrobiologie et de radiologie*, janv. 1906). — L'auteur expose sa technique de l'électrolyse linéaire. Il emploie des lames nos 20 à 23, il croit inutile d'employer, comme André l'a recommandé les Nos 25 à 30 ; la lame double losangique lui paraît préférable, car la section porte sur les deux parois antérieure et postérieure du canal, et facilite le passage consécutif des bougies. On fait le lavage du gland et de l'urètre, et on y instille de la cocaïne à 1/100e ; la lame est introduite au contact du rétrécissement et reliée au pôle négatif d'une batterie de piles munie d'un galvanomètre : le pôle positif est placé sur la paroi abdominale. On fait passer le courant sans dépasser 10 à 15 milliampères : on attend un instant (10 secondes à deux minutes) et sans pression, rien qu'en dirigeant l'instrument, on sent que le rétrécissement est franchi. On retire l'instrument selon la même direction en ramenant le courant à 0. On fait un lavage boriqué et on passe la plus grosse bougie qu'il est possible (Nos 18 à 22), le malade urine aussitôt et sans douleur ; il y a quelquefois un petit écoulement sanguin qui s'arrête spontanément. On laisse le malade se reposer quelques jours et on le dilate ensuite.

M. DESCHAMPS.

Spermato-cystite consécutive à une injection de sublimé, par HOGGE (*Soc. belge d'urologie* 1906). — Il s'agit d'un malade qui, guéri d'une blennorragie, se faisait de temps en temps préventivement une injection de sublimé à 1/5000e dans l'urètre ; ses urines étaient claires et ne contenaient pas

de filaments, il n'avait pas de goutte le matin. Il fut pris subitement de douleur en urinant ; à ce moment on constata simplement que la vésicule séminale droite était dilatée et douloureuse : on fut obligé de sonder le malade à deux reprises. Huit jours après, la collection suppurée de la vésicule s'ouvrit dans la vessie, les urines devinrent troubles et contenaient du pus dans lequel on ne put trouver de gonocoques. Le traitement consista en lavages vésicaux à l'eau boriquée et urotropine. Le malade guérit complètement de sa spermato-cystiste et de sa blennorragie.

M. DESCHAMPS.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'anesthésie locale, par MAASS (*Therap. Monatshefte*, juillet 1906). — Dans ce travail important, l'auteur passe en revue toutes les méthodes d'anesthésie locale jusqu'ici préconisées ; les travaux de Reclus sont tout spécialement mentionnés, et il accorde à ce chirurgien le mérite d'avoir recommandé l'emploi des injections intradermiques et des solutions fraîchement préparées, ce qui permet d'utiliser des doses très faibles : l'effet anesthésique diminue très rapidement, à mesure que les solutions vieillissent. Ces données ont permis à Schleich d'établir un procédé qui constitue un progrès considérable, car il permet d'obtenir, en provoquant des œdèmes intradermiques, une anesthésie complète avec des liquides ne contenant aucun produit toxique. La résorption des liquides injectés est, du reste, très lente, grâce à la pression subie par les liquides injectés ; les tissus entourant la région traitée sont anémiés. L'anesthésie obtenue dépend de la pression, et non de l'action thérapeutique du liquide injecté. Schleich n'introduit la cocaïne dans ses formules (à des doses extrêmement minimes, de 1 : 10.000 à 2 : 1.000), que dans le but de rendre non douloureux le liquide injecté.

L'anesthésie régionnaire, obtenue par injection dans le voisinage du filet nerveux innervant une région, au préalable rendue exsangue par application de la bande d'Esmarch, permet d'opérer sans douleur sur les extrémités.

L'adrénaline, enfin, constitue pour l'anesthésie locale un adjuvant précieux.

L'auteur passe ensuite en revue les succédanés de la cocaïne. Il reproche à la tropacocaïne d'exercer une action trop passagère ; l'eucaïne produit de l'hypérémie au lieu d'anémie ; l'holocaïne exerce une action intense et durable, mais elle est très toxique et irritante. L'acoïne offre une action plus durable encore, mais elle est très toxique aussi.

L'orthoforme, qui ouvre la série des éthers aminés, utilisés comme anesthésiques ne peut exercer d'action sur la peau ou la muqueuse intacte, et l'on a cherché, pour l'anesthésie par injection sous-cutanée, à obtenir des corps solubles ; l'anesthésine et la subcutine appartiennent à ce groupe, elles ont le désavantage d'être acides et de provoquer de l'irritation dans certains cas.

La stovaïne appartient à un groupe différent ; l'auteur ne partage pas pour elle l'enthousiasme des auteurs français ; son succédané, l'alypine, possède les mêmes inconvénients, et il semble que ces deux produits ne devraient être employés que pour l'anesthésie des muqueuses, car ils sont irritants.

La novocaïne, en revanche, présente de grands avantages, au point de vue de l'absence de toxicité. Ses effets sont certes passagers, mais on peut les rendre aisément durables par l'addition d'adrénaline. Les effets irritants sont nuls.

L'auteur espère, en terminant, que les recherches qui se continuent de tous côtés nous donneront enfin un anesthésique idéal.

E. VOGT.

Sur quelques malades traités par la radiothérapie, par BELOT (*Journ. de physiothérapie*, 15 juillet 1906). — L'auteur relate une série d'observations se rapportant à des cas d'affections cutanées.

Névrodermite circonscrite. Dans un cas rebelle, il a suffi de deux séances pour faire disparaître le prurit et modifier notablement l'état du tégument, d'autres cas traités de même ont toujours suivi la même marche : disparition rapide (le soir même souvent) du prurit, et au bout de 5 à 6 jours, modification de la peau qui redevient lisse.

Une 2e application provoque parfois une cuisson passagère,

En couvrant la peau saine d'un tissu opaque convenablement découpé, avant de procéder à une application, il est nécessaire de laisser à découvert autour du mal, une zone de peau saine de 1 cm. de large. Les rayons seront peu pénétrants : une quantité absolue de 4 à 5 H, suffit, plus tard, s'il y a lieu, on ne dépassera pas 3 H par séance. Chaque séance est suivie d'un repas d'une dizaine de jours.

Gomme bacillaire de la joue. Résultat parfait obtenu en 8 séances, le succès est sans doute attribuable dans ce cas, au fait que la lésion a été traitée dès le début par la radiothérapie. En cas de lupus, on ne saurait espérer avec les rayons X seuls, des régressions aussi complètes.

Acné kéloïdienne de la nuque. Deux cas soumis en vain, pendant plusieurs années à des traitements variés, ont été débarrassés de leur acné et de leurs kéloides, à quelques traces près, en un nombre peu élevé de séances.

Ici encore, on doit être très prudent (3 à 3 1/2 H par séance), et ne jamais provoquer de lésion ulcérative.

Epithélioma de la région malaire, datant de 7 ans. Dans ce cas, on alla à 85 H. en tout en 20 mois ; au bout d'un certain temps, on protégea le centre de la lésion pour faire absorber aux bords une plus grande quantité d'énergie.

En outre, on sensibilisa la moitié droite de la plaie en la recouvrant d'une émulsion gommeuse de fluorine, mais le résultat ne présenta rien de saillant : l'auteur estime toutefois qu'en modifiant la technique on pourra, dans l'avenir, renforcer notablement par cette méthode l'action des rayons X.

Dans ce cas, le résultat obtenu est irréprochable, mais il reste de l'adhérence aux plans profonds : il sera donc prudent de continuer, malgré la disparition des lésions, le traitement au moyen d'applications espacées et de peu d'intensité.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Nominations. — MM. Chassevant et Guiart, agrégés, et H. Labbé, chef de laboratoire à la Faculté, sont nommés auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Troisième Congrès international d'Electrologie et de Radiographie Médicales (Milan, 5-9 septembre 1906).

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° Loi de l'excitation électrique des nerfs (rapporteur : M. le professeur J. Cluzet, de Toulouse) ;

2° De l'excitabilité des différents muscles et des différents nerfs (rapporteur : Mlle J. Ioteyko, chef de laboratoire à l'Université de Bruxelles) ;

3° Des principes fondamentaux de l'électrothérapie moderne (rapporteur : M. le professeur E. Doumer, de Lille) ;

4° De l'electricité dans les maladies de la peau (rapporteur : M. le professeur Di Luzenberger, de Naples) ;

5° Traitement des tuberculoses chirurgicales par les courants de haute fréquence (rapporteur : M. F. Denoyes) ;

6° Mesure des courants faradiques (rapporteur : M. le professeur Wertheim Salomonson, d'Amsterdam) ;

7° De la radiographie stéréoscopique (rapporteur : M. le professeur Th. Guilloz, de Nancy) ;

8° Du traitement des cancers superficiels (rapporteur : M. le professeur Ed. Schiff, de Vienne) ;

9° Du traitement des cancers profonds ;

10° Action thérapeutique du radium (rapporteur : M. P. Oudin, de Paris) ;

11° Etat actuel de la photothérapie.

Les adhérents qui désirent prendre part à la discussion de ces questions ou faire une communication au Congrès sont invités à en aviser M. Doumer, secrétaire gé-

néral du Comité directeur, 57, rue Nicolas-Leblanc, à Lille, avant le 15 août 1906.

Pendant toute la durée de ce Congrès, une exposition d'appareils relatifs à l'électrobiologie et à la radiologie sera ouverte dans un local bien aménagé et pourvu d'énergie électrique.

Des excursions et des visites aux monuments de Milan seront organisées par le Comité local du Congrès et placées sous la direction des savants de l'Université.

La cotisation est fixée à 25 francs pour les membres adhérents, et à 12 fr. 50 pour les membres associés. Elle donne droit aux réductions consenties par les Compagnies de transport, aux visites organisées par le Comité, et à l'entrée à l'exposition. Seuls les membres ad)hérents auront droit aux diverses publications du Congrès et pourront prendre la parole aux séances.

Les adhésions et les cotisations doivent être adressées à M. A Moutier, secrétaire-adjoint du Comité directeur, 11, rue de Miromesnil, Paris ; ou à M. Carlo Luraschi, secrétaire-général du Comité local, via S. Andrea, 11.

Enseignement supérieur libre. — Académie de Paris. — L'Ecole Dentaire française, reconnue et autorisée par décret ministériel en date du 25 novembre 1896, est située au 29 du boulevard Saint-Martin et 36, rue Meslay.

La rentrée est fixée par l'Académie au 15 octobre. Le registre officiel est ouvert du 15 octobre au 15 novembre.

L'Ecole reçoit, outre les élèves visant le diplôme de l'Etat, des élèves libres, français ou étrangers, qui peuvent s'inscrire à toute époque de l'année.

Un accueil distingué est réservé aux docteurs en médecine qui, désirant se spécialiser en art dentaire, voudraient se faire inscrire pour un temps facultatif.

BIBLIOGRAPHIE

La lutte pour la santé, essai de pathologie générale, par le Dr Burlureaux, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce. Librairie académique Didier, Perrin et Cie, libraires-éditeurs, 35, quai des Grands-Augustins, Paris (VIe). 1 volume in-16 de 330 pages, 3 fr. 50.

La « lutte pour la santé » qui fait le sujet de cette étude, est celle qui se livre, tous les jours, dans la vie de chacun de nous. C'est une forme de la loi universelle de la lutte pour l'existence. Sans cesse, depuis l'instant où nous naissons, notre organisme tend à maintenir ou à rétablir cet équilibre de ses forces qu'on appelle « la santé » ; et sans cesse une foule d'influences, intérieures ou venues du dehors, tendent à détruire cet équilibre, éminemment instable.

Et si parmi ces influences hostiles à notre santé, beaucoup ont un caractère fatal et inévitable, s'il y a malheureusement beaucoup de causes de maladie contre lesquelles nous sommes désarmés, il y en a aussi un très grand nombre qui peuvent être évitées, ou combattues victorieusement. Toute la médecine, en fait, ne consiste qu'à aider la nature dans sa lutte contre elles.

Mais la médecine est moins une science qu'un art. De la multiplicité des circonstances, de la diversité des esprits, il résulte que chaque médecin, quand il est parvenu à un certain point de sa carrière, s'aperçoit que l'ensemble de ses observations et de ses réflexions l'a amené à se faire une expérience propre, personnelle, des conditions générales de la « lutte pour la santé » et des moyens d'aider l'organisme à la bien

Mode de suspension hygiénique appliqué aux Voitures pour Enfants

Nous avons pu examiner un nouveau mode de suspension que son inventeur a appliqué aux voitures d'enfants, dans le but de supprimer radicalement les secousses dont la violence peut donner lieu chez les enfants à divers troubles nerveux.

Jusqu'à ce jour, on n'avait jamais cherché à faire profiter nos bébés des progrès réalisés dans les nouveaux modes de locomotion : un ingénieur, bien connu pour ses travaux en automobiles, a doté les voitures d'enfants d'une suspension d'une douceur exquise, en attachant la caisse à quatre courroies qui, après leur passage sur des poulies, sont tendues par des ressorts qui assurent ainsi une grande souplesse et un équilibre parfait de la caisse.

Dans certains modèles, un système de freinage empêche la caisse de remonter brusquement après un cahot brutal : c'est la suppression complète du choc en retour, choc si désagréable que nous avons tous ressenti et qui entretient pendant de longues périodes le rebondissement des ressorts.

Il y a dans cette double invention un progrès très heureux que nous considérons comme très favorable à la santé des enfants et sur lequel nous avons cru devoir attirer l'attention de nos lecteurs.

Cette voiture, brevetée, est construite par M. J. Cazes, 15, rue Morand, à Paris.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement
Par le Dr **F. Lagrange**.
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 vol. in-8° ..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par **Allyre CHASSEVANT**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
1 vol. grand, in-8° avec gravures ..... 10 fr.

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE
(MANIFESTATIONS ET CHIRURGIE)
Par le Dr **H. DURET**
Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille
Un fort vol. gr. in-8 de 800 pages, avec 297 fig. dans le texte ..... 20 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA MÉLANCOLIE (1)

I. — ÉTATS MÉLANCOLIQUES AIGUS, HYGIÈNE GÉNÉRALE.

Comme l'on ne connaît pas d'une façon certaine les facteurs pathogéniques qui concourent au développement des états mélancoliques, le traitement ne saurait être que symptomatique.

Il consiste à mettre le malade dans le milieu le plus propice à une évolution favorable, et à traiter autant que possible les accidents aigus.

L'isolement répond au premier desideratum. Avant tout il faut soustraire le mélancolique au milieu dans lequel il peut trouver un aliment à ses préoccupations habituelles. Il faut en outre le soustraire à tous les chocs moraux qui, en augmentant les troubles de la synthèse mentale, pourraient aggraver encore son état morbide. Enfin les idées ou les tentatives de suicide qui peuvent surgir brusquement nécessitent une surveillance continue.

Mais on peut isoler le malade en l'internant, ou en le soignant en dehors d'un établissement fermé.

Le premier point est de le soustraire à son milieu habituel. Dans le cas de dépression mélancolique légère, sans anxiété, sans phénomènes de stupeur, sans idées délirantes, lorsque la maladie survient à la suite d'un violent choc moral chez un sujet prédisposé, l'internement n'est pas toujours nécessaire. On peut laisser une certaine liberté au malade, ne le surveiller que de loin. Dans ces cas mêmes, l'internement, par le choc moral qu'il peut déterminer chez un sujet trop conscient, sera parfois préjudiciable.

Mais dans tous les cas de mélancolie avec douleur morale, dans ceux où apparaissent les idées délirantes, où la maladie s'est intallée lentement, insidieusement, sans cause extérieure appréciable, l'internement est nécessaire. Il doit se faire le plus tôt possible, car la surveillance doit être incessante, les impulsions au suicide pouvant surgir tout à coup, même chez un sujet qui n'avait jusque-là présenté aucune idée de suicide.

L'internement est, outre une mesure d'assistance, une mesure de préservation

(1) *Extrait de* : **La Mélancolie** par René Masselan (*Paris, Félix Alcan, éditeur, 1906*).

Nous avons vu que, bien que le mélancolique soit surtout dangereux pour lui-même, il peut, lorsque les idées délirantes revêtent certaines formes, concevoir l'idée de la mort non seulement pour lui-même mais pour les siens, et l'on voit des parents donner la mort à leurs enfants avant de se tuer eux-mêmes, pour les sauver de l'opprobre qu'ils croient leur avoir fait encourir, ou de l'expiation qui doit atteindre toute leur descendance.

L'internement doit être précoce, car c'est seulement alors que l'on a des chances de voir la maladie rétrocéder. Cette observation s'applique d'ailleurs à toutes les psychoses ; bien souvent les malades ne sont isolés que lorsque la maladie est arrivée à la phase démentielle et lorsqu'ils n'ont plus aucun bénéfice à retirer de l'internement.

Le séjour à l'asile ne doit pas être seulement un mode d'isolement, il doit être encore un moyen de traitement, c'est-à-dire qu'à l'asile doivent se trouver réalisées toutes les conditions pour faire le traitement individuel de chaque mélancolique. Ces conditions ne se trouvent malheureusement pas remplies dans la plupart de nos asiles français. En outre, par suite de l'accumulation énorme de malades très différents dans des sections peu nombreuses et construites sur un type identique, le médecin ne sait, par suite du nombre insuffisant du personnel de surveillance, comment concilier la surveillance continue qu'exige l'état du mélancolique, avec le milieu de calme et de tranquillité qui lui conviendrait. Nous avons vu dans certains asiles des mélancoliques anxieux mis en cellule ou traités dans les quartiers d'agités parce que c'était le seul endroit où une surveillance un peu continue fût établie.

Aussi conçoit-on que ces inconvénients aient eu pour résultat de soulever la critique contre le placement des mélancoliques dans les asiles. C'est ainsi que Guislain écrit : « On imaginerait à tort que la séquestration dans une maison spéciale est rigoureusement exigée pour le traitement de tous les mélancoliques. Au contraire, je ne crains pas de le dire, on voit plus d'une fois le cas des malades s'aggraver malgré la bonne organisation de l'établissement. Il y existe souvent trop de tumulte, on y rencontre trop d'impressions pénibles ; le malade, surtout les premiers jours de son admission, s'y sent désagréablement affecté. D'ailleurs on ne saurait avoir pour lui les soins de tous les instants que lui prodigueraient dans d'autres circonstances, une épouse, un époux, un enfant, un ami. »

Pour que le traitement des mélancoliques à l'asile fût vraiment possible, il faudrait que la plupart de nos prétendus établissements de traitement, qui ne sont comme, on l'a fort bien dit, que de vastes garderies, fussent totalement réformés. Il faudrait que le traitement y devînt absolument individuel.

Les réformes à accomplir pour obtenir ce résultat sont nombreuses et de divers ordres ; on peut, au point de vue des mélancoliques, les résumer ainsi :

Augmentation du nombre des médecins traitants.

Augmentation du personnel de surveillance.

Suppression de tout moyen de contention.

Création de quartiers d'alitement et de surveillance continue.

Liberté beaucoup plus grande accordée au malade.

Nous n'insisterons pas sur l'augmentation du nombre des médecins traitants, la question est discutée depuis longtemps. Dans son très remarquable rapport sur « l'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Ecosse, en Suisse et en Italie », M. Sérieux en a exposé avec force et clarté tous les éléments. Néanmoins, les mêmes errements continuent et il est nombre d'asiles dans lesquels on voit un seul médecin en chef être chargé de 800 malades et plus. Il est évident que, dans ces conditions, les mélancoliques, mélangés à toutes les variétés d'incurables, ne sont surveillés qu'à un seul point de vue : celui de les préserver contre une tentative de suicide. Encore est-il que, par suite de l'insuffisance du personnel de surveillance, les moyens physiques de contrainte sont les seuls moyens de traitement que le médecin ait à sa disposition.

L'isolement cellulaire, la camisole de force, tous les moyens de contention doivent être proscrits du traitement de la mélancolie. Le premier, par l'absence de liberté, le manque de surveillance, les seconds, par les efforts musculaires qu'il provoque chez les anxieux et le surmenage qui en est la conséquence, sont des agents certains de passage à l'incurabilité et la démence.

La création de quartiers de traitement et de surveillance continue rend inutiles tous les moyens de contrainte. « En 1853, Parchappe, convaincu, par les résultats qu'il avait constatés, pendant son voyage en Angleterre, de l'excellence d'un classement des aliénés, non plus comme cela se faisait chez nous, sur l'état d'agitation ou de calme, mais sur le degré d'acuité du trouble mental et ses présomptions de curabilité, insistait sur l'utilité d'un quartier auquel il donnait le nom de quartier de surveillance continue, où tout était disposé d'une manière appropriée aux malades qui devaient y séjourner et aux fins d'une surveillance particulièrement active. »

L'idée excellente de Parchappe a été peu mise à exécution en France. En Allemagne, elle fut d'autant mieux accueillie que la méthode nouvelle de traitement par le repos au lit demandait l'appropriation de quartiers spéciaux.

Les mélancoliques peuvent retirer un grand bénéfice de la création de ces quartiers ; tous les mélancoliques ayant des idées de suicide, tous les anxieux devront y être placés. Là, surveillés de jour et de nuit, ils ne pourront mettre à exécution leurs idées de suicide, ils bénéficieront du traitement par le lit qui rend de si grands services dans le traitement de toutes les psychoses aiguës et notamment dans celui des états mélancoliques. Des quartiers de surveillance continue sont installés dans beaucoup d'asiles étrangers ; ils comportent, outre le séjour au lit des malades, la possibilité, par l'aménagement de salles de bains et de douches situées à proximité, de joindre le traitement hydrothérapique au traitement par le lit : ce qui n'est pas possible dans beaucoup de nos asiles français où le nombre de baignoires est trop insuffisant pour qu'un traitement par les bains prolongés puisse être institué, et où les bains sont tellement éloignés de la section affectée à ces malades qu'il est presque impossible d'y conduire les anxieux ou les agités.

Les mélancoliques, plus peut-être encore que d'autres malades, les maniaques par exemple, retirent un grand bénéfice du *séjour au lit*.

Appliqué aux mélancoliques aussi bien qu'aux autres malades d'une façon sys-

tématique par Ludwig Meyer en Allemagne, il y a environ trente-huit ans, le traitement par le lit a été vulgarisé en France par MM. Magnan et Joffroy et adopté par un certain nombre d'aliénistes français.

Ce traitement a des avantages généraux, communs à tous les malades, et des avantages spéciaux pour ceux qui nous occupent ici.

« Le traitement par le lit, dit M. Sérieux (1), a pour conséquence de faire considérer l'aliéné comme un malade ordinaire par le personnel, par les familles. Enfin l'application systématique du traitement par le lit aux psychoses aiguës a ce résultat, qu'il ne faut pas dédaigner, de transformer complètement la physionomie de l'Asile. La bruyante et funeste « renfermerie » de fous où tout : discipline, uniforme, murs élevés, grilles, barreaux, saut-de-loup et camisoles, où tout fait sentir la présence d'un geôlier ingénieux, alors que si rarement, apparaît l'intervention du médecin ; la garderie d'aliénés, l'établissement de détention, tel qu'il se rencontre trop souvent en France, même dans le département de la Seine, toutes ces survivances odieuses et tenaces du passé, disparaissent et à leur place se substitue un véritable hôpital, une maison de traitement pour les maladies mentales, où règne le calme qui convient à un établissement hospitalier, et où les préoccupations d'ordre médical, au lieu d'être sacrifiées, priment toutes les autres.

« Profondément convaincu des avantages de toute nature que présente le traitement par le lit, nous ne craignons pas d'affirmer, sans crainte d'être taxé d'exagération, que ce mode de traitement des psychoses aiguës est appelé à prendre rang avec le no-restraint, l'open-door, le colonisation des aliénés, parmi les conquêtes les plus importantes de la psychiatrie contemporaine. »

« Les indications du traitement par le lit, dit ailleurs M. P. Sérieux (2), peuvent être formulées en deux mots : la méthode est indiquée chaque fois qu'il est nécessaire de procurer du repos au cerveau et à l'organisme tout entier. Or chez les malades atteints de psychoses aiguës, ce qui doit avant tout attirer l'attention du clinicien et du thérapeute, c'est l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. Ces malades sont des épuisés, des surmenés et des intoxiqués. Le surmenage cérébral déterminé par l'éréthisme des centres sensitivo-moteurs et sensoriels de l'écorce, l'épuisement de l'organisme tout entier consécutif à l'agitation, à l'insomnie, à l'inanition, exigent impérieusement le repos, le repos physique aussi bien que le repos psychique. Le traitement par l'alitement répond à ces indications pressantes. »

Ces avantages sont avant tout appréciables dans le traitement de la mélancolie. Le séjour au lit convient donc admirablement à nos sujets qui sont des individus sans cesse fatigués, à circulation ralentie, chez lesquels la dénutrition est parfois considérable.

« Sans entrer dans l'étude des effets du repos au lit sur la circulation, on peut,

(1) Article inédit cité par Toulouse et Roubinovitch.

(1) Rapport, page 625.

dit M. Danjean (1), affirmer, avec la plupart des auteurs qui se sont occupés des modifications physiologiques causées par l'alitement, que ce dernier régularise certainement la circulation cérébrale.

« Chez les mélancoliques, entre autres, où le cœur est sans énergie, où les vaisseaux, ceux des extrémités surtout, se laissent distendre par le sang sous l'influence de la pesanteur, à preuve les congestions périphériques qu'on voit chez ces malades, où, en un mot, il existe un état marqué d'inertie cardio-vasculaire, le décubitus dorsal vient faciliter dans une large mesure la circulation à la périphérie et amener une amplitude plus grande des pulsations cérébrales.

« D'autre part, si le délire mélancolique est intimement lié à l'obsession de la conscience par un trouble cœnesthésique originel, le repos au lit, en améliorant le fonctionnement somatique, doit agir activement dès le début de son application sur l'état de dépression primordial. »

« Supprimant toute activité des muscles de la vie de relation, le séjour au lit, disent MM. Sérieux et Farnarier (2), épargne au mélancolique tout acte volontaire, toute détermination et exerce en outre sur l'état mental, une influence directe qui n'est pas moins bienfaisante. On sait combien est vive l'hyperesthésie psychique, combien augmentée la douleur morale, combien accusé son état d'aboulie. Or le séjour au lit diminue dans une proportion considérable les sensations visuelles et auditives qui peuvent donner lieu à des exacerbations de douleur morale, à des réactions motrices. »

« Les avantages du repos au lit, disent MM. Toulouse et Roubinovitch, sont dans ce cas les suivants : les forces se relèvent, le cœur bat plus fort et plus régulièrement, la cyanose des extrémités disparaît, la circulation cérébrale est plus aisée, la température se relève. Les maladies viscérales sont plus aisément dépistées à cause de l'examen plus facile au lit. Les tentatives de suicide sont à peu près impossibles. Au point de vue mental, les avantages sont considérables : le sommeil est meilleur, la douleur morale se calme, l'agitation s'apaise. »

Le maintien du malade au lit, facile dans le cas de dépression simple, où il obéit docilement, est plus difficile dans ceux d'anxiété, où le sujet, en proie à une terreur intense, cherche souvent à échapper par la fuite aux craintes qui l'assiègent. C'est ici qu'une surveillance intelligente est particulièrement nécessaire. Les infirmiers doivent empêcher le malade de quitter son lit par la persuasion, en l'y maintenant, au besoin, mais jamais par la violence. Même anxieux d'ailleurs, les mélancoliques sont des malades qui prennent rapidement l'habitude du lit. L'alitement pourra être favorisé, dans certains cas, chez les sujets particulièrement indociles, par l'emploi des narcotiques. L'association du traitement par les bains que nous étudierons dans un instant, donne aussi d'excellents résultats.

Le traitement par le lit ne doit pas être, d'ailleurs, appliqué d'une façon absolument continue. On se trouvera bien de faire lever les malades environ deux heures

(1) Danjean *Contr. à l'étude des progrès de l'assistance et du traitement des aliénés aigus* Th. Paris, 1903.

(2) *Sem. méd.*, 1899, n° 13, p. 311.

dans la journée ; la perte de l'appétit et la constipation, qui peuvent être la conséquence d'un séjour trop persistant au lit, pourront être ainsi évitées.

La plupart des mélancoliques dont nous avons relaté plus haut les observations ont été traités par le séjour au lit. Nous avons pu nous convaincre ainsi de l'excellence de cette méthode, qui diminue l'intensité et la longueur des accès d'anxiété, qui permet de suivre les malades, qui favorise le traitement individual et qui incite au traitement moral, à la psychothérapie qui rend ici des services incontestables.

Le *traitement moral* consiste non seulement dans les efforts que fait le médecin pour rectifier les erreurs du malade, mais aussi dans les soins moraux dont celui-ci est entouré. Ici le rôle du médecin et du personnel de surveillance est des plus importants. Il faut que tout l'entourage s'efforce par sa manière d'être, par l'attention qu'il porte à ses plaintes, par la sollicitude qu'il lui témoigne, de capter la confiance du mélancolique.

« Dans la mélancolie, dit M. Anglade (1), l'action morale du médecin est toujours utile et parfois très efficace. Le mélancolique, affecté de dépression mentale douloureuse, souffre de son impuissance physique et morale. Le médecin, qu'il accueille d'abord avec indifférence et scepticisme, arrive pourtant à gagner sa confiance et devient pour lui un confident et un appui ; son intervention journalière est alors très utile ; ses conseils, ses exhortations, ses encouragements ont souvent pour effet de rendre les idées de suicide moins actives, l'alimentation plus facile et le malade moins rebelle à l'exécution des prescriptions médicales.

« C'est surtout au déclin de l'affection que cette intervention médicale est utile, quand le malade s'attarde encore sur une interprétation fausse, quand il commence à douter du bien fondé de son idée maladive. Le raisonnement, les démonstrations ont alors prise sur le cerveau qui tend à se ressaisir. C'est aussi le moment de provoquer la visite de personnes chères au malade ; ces entrevues deviennent, si le médecin en mesure bien l'opportunité, une ressource thérapeutique précieuse. »

Le traitement moral est d'autant plus facile à pratiquer que le sujet est couché et qu'il n'est soumis à aucune contrainte. Il agira d'autant mieux que le mélancolique n'est pas confondu avec la foule des autres malades, surtout avec les déments incurables, comme cela se passe dans nombre d'asiles. Oublié, il viendra bientôt grossir le stock de cas chroniques qui composent alors la grosse majorité de la population.

Certains médecins peuvent être tentés, en présence d'une mélancolie au début, de conseiller toutes sortes de distractions : visites, théâtres, voyages, excursions, etc. C'est là une pratique fort peu recommandable. D'abord ces distractions ne distraient pas du tout le malade, qui porte partout son humeur sombre et ses préoccupations. En outre, elles le fatiguent, et toute cause de fatigue, de surmenage et d'épuisement est très défavorable pour ces cerveaux déjà fatigués.

Morel eut jadis l'idée d'emmener un jour au théâtre une mélancolique. « Pen-

(1) *Not. gén sur le traitement des mal. ment.* Tr. Ballet p. 31.

dant la représentation, raconte-t-il (1), la malade tournait le dos aux acteurs, continuait ses gémissements, s'enfonçait des épingles dans les chairs, et puis, faisant une explosion soudaine, me reprocha amèrement de donner en spectacle une femme destinée à être brûlée pour ses crimes. »

Le *régime* est important. L'alimentation doit être surveillée de près. Car les mélancoliques livrés à eux-mêmes prennent fort peu d'aliments, parfois même ne prennent plus aucun aliment. Sur l'état d'épuisement et d'inanition qui en sont la conséquence, peut fort bien se développer la tuberculose, si l'alimentation n'est pas assez régulière et assez abondante.

Il faut aussi tenir compte, dans l'alimentation du mélancolique, de l'état des voies gastro-intestinales qui est souvent fort défectueux. Si la viande peut être prescrite dans les cas où l'état gastro-intestinal est bon, il vaudra mieux la proscrire au moins momentanément du régime de ces malades à digestions lentes, à constipation opiniâtre, à haleine fétide et chez lesquels il existe un état subburral accentué des voies digestives. Le lait est dans ces cas, l'aliment de choix ; on pourra y joindre les légumes frais, les poissons et les fruits. Quelques stimulants, le thé et le café seront employés avec avantage.

Mais, par suite de l'inertie du sujet, de son anxiété, de ses conceptions délirantes, l'alimentation est souvent très difficile, sinon impossible. La bonne préparation des aliments, offerts aux malades, est ici indispensable. Nous avons constaté que des sujets refusaient certains aliments dont la préparation était défectueuse parce qu'ils croyaient y découvrir un goût bizarre, qu'ils interprétaient faussement. Les mêmes malades mangeaient docilement lorsque le goût de l'alimentation était agréable.

Il faut exhorter les malades à manger, les pousser même ; lorsqu'ils s'y refusent leur présenter de la nourriture à toute heure, prescrire des aliments liquides que l'on fera plus facilement absorber.

On ne devra recourir à l'alimentation forcée au moyen de la sonde que lorsque tous les autres moyens auront échoué. Outre qu'elle n'est pas toujours un procédé absolument inoffensif, l'alimentation au moyen de la sonde est déplorable au point de vue du traitement moral. Il constitue un acte de brutalité que l'on doit éviter le plus possible. En fait, il est peu de mélancoliques, même dans leurs périodes d'anxiété, auxquels on ne persuade pas de manger, en les pressant souvent, en les exhortant, parfois encore en les intimidant. En agissant souvent ainsi, on arrive à leur faire prendre une quantité suffisante de nourriture. Le médecin lui-même ne devra pas dédaigner d'assister au repas de ses malades, de leur présenter leurs aliments. Par la confiance qu'il a su inspirer, il réussit souvent là où tous les autres ont échoué.

Mais il est des cas où il faut recourir à l'alimentation artificielle. La sonde sera introduite par la bouche ou par le nez. L'alimentation artificielle par la bouche à l'aide d'un tube de Faucher nous semble la meilleure lorsque le malade veut bien se prêter à cette opération. Dans les autres cas on aura recours à l'alimentation par

(1) *Tr. des mal. ment*, p. 612, cité par Toulouse et Roubinovitch.

le nez à l'aide d'une sonde en caoutchouc d'un diamètre de 6 à 10 millimètres et d'une longueur de 50 à 70 centimètres.

Je ne décrirai pas ici le manuel opératoire de cette petite opération qui n'a rien de spécial à la mélancolie. Qu'il me suffise de rappeler que le principal danger est l'introduction de la sonde dans la trachée, danger que l'on évitera avec un peu d'attention, en ayant toujours soin d'examiner si l'occlusion de la sonde avec le doigt ne détermine pas un commencement d'asphyxie.

L'*hydrothérapie* ne devra être employée qu'avec une certaine prudence. D'une façon générale, il ne faut employer les douches froides que chez les sujets capables de réagir ; dans tous les cas, elles doivent être très courtes et n'être employées que chez certains déprimés simples, ou dans la convalescence de la mélancolie. Les douches chaudes et surtout les bains chauds, qui dilatent le système vasculaire périphérique, et augmentent les mictions, peuvent rendre de grands services. On les donnera courts (un quart d'heure ou une demi-heure) chez les sujets simplement déprimés ; prolongés (deux ou trois heures) chez les sujets qui réagissent contre leur anxiété par de l'agitation motrice.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX.

Le traitement médicamenteux doit être général, c'est-à-dire qu'il doit être fortifiant et reconstituant, et s'appliquer à tous les cas de mélancolie, et particulier aux divers accidents que l'on peut rencontrer au cours de l'affection.

Le traitement général consistera en l'administration de médicaments toniques et fortifiants ; parmi eux l'extrait de kola, l'extrait de quinquina peuvent rendre des services.

On a préconisé dans les cas où la dépression est très accentuée, la circulation languissante, la tension artérielle très basse, les injections de sérum artificiel qui ont donné parfois de bons résultats. On a employé récemment le sérum de Trunecek.

Le traitement général doit d'ailleurs varier avec les facteurs étiologiques ; malheureusement ces facteurs nous sont le plus souvent inconnus. Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop recommander, dans tous les cas de mélancolie, de pratiquer un examen physique des plus complets : toute maladie concomitante doit être traitée avec le plus grand soin, l'état mélancolique n'étant peut-être que la résonance de cette affection dans un cerveau prédisposé.

Parmi ces maladies nous devons accorder une mention toute spéciale à l'artériosclérose. Dans ce cas, le régime lacté pur ou mitigé, l'iodure de potassium, la trinitrine, employé par Paoli au cours des paroxysmes d'anxiété (1), peuvent donner de bons résultats.

Avant tout, il faut veiller au bon état des voies gastro-intestinales. Le manque d'appétit pourra être combattu par les amers, la constipation par les laxatifs, et parfois, lorsqu'elle est trop opiniâtre, par les purgatifs salins, à l'huile de ricin, aux

(1) *Riforma médica*, 30 juillet 1900.

poudres laxatives, aux pilules de cascara sagrada, de podophyllin, aux lavements, etc. On pourra, dans certains cas, pratiquer l'antisepsie intestinale à l'aide du benzonaphtol, faire des lavages de l'estomac.

L'insomnie est fréquente chez les mélancoliques et il faut la combattre à l'aide des hypnotiques. Parmi les hypnotiques, les meilleurs ne sont pas toujours les médicaments : les bains chauds prolongés (deux ou trois heures) donnés à la fin de l'après-midi, procurent souvent un sommeil calme et durable. En outre, on peut employer le chloral, le sulfonal, le trional. La plupart de ces médicaments procurent au moins au début de leur application, un résultat appréciable.

Mais la principale cause d'insomnie des mélancoliques est la douleur morale, d'autant plus active qu'elle se rapproche davantage de l'anxiété.

L'anxiété doit être traitée par le repos au lit et l'administration de bains chauds prolongés. Plusieurs médicaments ont été préconisés : les hypnotiques que nous avons énumérés précédemment, le bromure de potassium ; mais le médicament de choix est l'opium : « Le repos du cerveau par l'opium, dit Schüle, est comme l'immobilité d'un membre dans un appareil », et il ajoute : « Le secret et le succès de la thérapeutique par l'opium sont dans l'emploi méthodique de ce médicament. »

Nous avons employé d'une façon systématique l'extrait thébaïque à doses croissantes chez nos malades anxieux. Nous employons la solution suivante :

Extrait thébaïque	1 gr.
Glycérine	4 gr.
Eau distillée, quant. suff. pour 40 ccm.	

Chaque centimètre cube de cette solution contient 2,5 centigr. d'extrait thébaïque.

Nous faisions donner successivement à nos malades 1 centimètre cube de cette solution, puis 2, puis en augmentant successivement de 1 centimètre cube par jour jusqu'à ce que l'effet thérapeutique fût atteint. Nous n'avons jamais dépassé la dose de 40 centigrammes d'extrait thébaïque. Parvenus à cette dose nous nous arrêtions, puis nous donnions des doses progressivement décroissantes si l'état d'anxiété diminuait.

Presque toujours nous sommes arrivés à faire prendre l'extrait thébaïque par la bouche. Mais il est des cas où cela était impossible. Nous l'employions alors en injections hypodermiques. On peut d'ailleurs, dans ce dernier cas, lui substituer avantageusement le chlorhydrate de morphine.

Dans tous les cas d'anxiété traités ainsi : repos au lit, bains chauds, extrait thébaïque, nous avons vu l'anxiété diminuer assez rapidement d'intensité ; sans doute elle persiste longtemps encore, mais elle n'est pas accompagnée de ces grandes crises de réactions motrices qui empêchent le malade de rester en place, qui le font courir aux portes, fuir n'importe où. Il reste au lit, l'alimentation est plus facile, et il peut souvent goûter quelques heures de repos. Dans ces conditions, l'épuisement et le surmenage sont moins grands, et la dénutrition n'a pas lieu. Si l'opium ne constitue pas un antidote absolu de la mélancolie, il est un moyen thérapeutique qui permet de placer le mélancolique dans des conditions où les autres modes de traite-

ment sont efficaces, et où il est à l'abri des complications qui peuvent se greffer sur les crises d'anxiété aiguë.

II. — MÉLANCOLIQUES CHRONIQUES

Nous avons vu que si la mélancolie se terminait souvent par la guérison, il est loin d'en être toujours ainsi.

La mélancolie aboutit assez souvent à un état d'affaiblissement intellectuel plus ou moins profond, qui rend impossible la vie en liberté. Ces affaiblis sont donc condamnés à passer le reste de leurs jours dans un asile. Là ils peuvent, lorsque leur état de déchéance intellectuelle n'est pas trop accentué, être employés à divers travaux. Mais il faut avoir soin de les soustraire à tous les chocs moraux, car ces malades restent souvent plus impressionnables que d'autres. On les voit faire de nouvelles crises d'anxiété pour les motifs les plus futiles.

Mais le mode d'assistance qui convient le mieux à ces malades est l'assistance familiale telle qu'elle est pratiquée dans les colonies familiales de la Seine, ou le placement dans les asiles-colonies tels qu'ils existent à l'étranger, notamment en Allemagne.

L'assistance familiale ou le placement dans les asiles-colonies permet d'utiliser ces malades tout en leur fournissant un milieu de vie où tous les heurts, tous les chocs moraux, susceptibles d'amener une rechute, peuvent leur être épargnés. Soustraits au contact des aliénés bruyants, violents ou querelleurs, ils peuvent, dans le calme d'une occupation sagement ordonnée, reprendre un peu d'intérêt à la vie, et parfois, sinon guérir totalement, au moins être aptes à l'existence en liberté, si une certaine surveillance peut leur être assurée.

Sur deux cas de luxation du tendon de la longue portion du biceps brachial

Par le Dr Georges BERNE (1)

Ancien interne lauréat des Hôpitaux de Paris et aide d'anatomie

La luxation du tendon de la longue portion du biceps brachial est un accident d'une extrême rareté, la nature de la lésion reste probablement méconnue chez plus d'un malade, parce que le praticien n'a pas toujours l'occasion d'observer les phénomènes peu de temps après le traumatisme et que les principaux signes se trouvent masqués par le gonflement du moignon de l'épaule.

Deux cas méritent, à mon avis, d'être étudiés en raison même de leur peu de fréquence, de leur étiologie spéciale, de la difficulté de leur diagnostic et du traitement.

(1) (Communication faite à la *Société de Médecine de Paris*, le 23 juin 1906.)

J'ai eu l'occasion, en 21 ans de pratique, d'en recueillir deux observations dignes d'intérêt.

Obs. I. — Dans un 1er cas, examiné en commun avec le professeur Berger qui en établit immédiatement le diagnostic, il s'agissait d'un accident survenu dans les conditions suivantes : une dame de trente ans environ, se trouvant dans un compartiment de chemin de fer, se tenait appuyée l'épaule contre l'encoignure correspondant à la fenêtre du côté droit, le bras étant en adduction, l'avant-bras reposant, en partie sur la classique bretelle-appui, en partie sur le rebord inférieur de la croisée du wagon. Une collision violente et subite survint ; la dame fut projetée vers l'encoignure de droite. Elle ressentit aussitôt une vive douleur, l'empêchant de fléchir et de soulever l'avant-bras et de mouvoir l'épaule. J'eus l'occasion d'examiner la malade le jour même : la douleur occupait la partie antéro-interne du moignon de l'épaule, elle s'exacerbait pendant les mouvements d'abduction et de rotation. Pendant l'examen, une brusque détente se produisit, la malade se sentit soulagée dès ce moment : la douleur persistait, toutefois, au niveau de la coulisse bicipitale ; à ce niveau, un cordon mobile, roulant sous le doigt, pouvait être perçu à l'occasion des mouvements communiqués et n'était autre que le tendon de la longue portion du biceps. Notons que le mouvement d'adduction et de rotation de l'humérus en dehors exacerbait la douleur, le biceps paraissait rigide, contracturé.

Je pratiquai un peu de massage léger, plutôt de l'effleurage de la région, mais malgré qu'elles fussent exercées avec la plus grande douceur, je dus cesser les manipulations dès le troisième jour, j'immobilisai le membre au moyen d'une écharpe. Je cessai toute intervention pendant quinze jours environ, les massages furent dès ce moment bien tolérés ; la douleur, d'abord permanente au niveau de la coulisse bicipitale, se dissipa progressivement, la malade guérit après trois mois de traitement.

Obs. *II.* — Une dame d'une trentaine d'années, étant accroupie et ayant voulu pousser brusquement, avec l'épaule, un tiroir de commode située à sa droite et cela sans faire face au meuble en question, ressentit une douleur subite au niveau du moignon de l'épaule (pendant l'effort, l'avant-bras avait été tenu en supination forcée, le bras étant en *adduction et rotation en dehors*).

Je vis la malade le jour même de l'accident : inertie complète du membre, impossibilité de maintenir le bras en abduction ; rotation en dehors impossible, avant-bras fléchi avec rigidité.

Je pensai tout d'abord à une subluxation de l'épaule, à une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, à une entorse, etc., aucun symptôme ne me paraissant se référer à l'un quelconque de ces divers traumatismes ; je me rappelai le 1er cas signalé ci-dessus, et cherchai si le tendon de la longue portion du biceps n'était pas luxé. Je constatai à la partie interne de l'extrémité supérieure de l'humérus la présence d'un cordon dur et qui se « déclancha » subitement pendant un mouvement d'abduction et de rotation en dedans que j'imprimai au bras de la malade.

Sensation subite de soulagement, suivant immédiatement le claquement sec produit par le retour du tendon dans sa gaine, détente complète, douleur moindre.

Comme dans la première observation, même très doux, le massage fut à peine toléré pendant les premiers jours, immobilisation dans une écharpe, pendant une huitaine.

Vers le 5e jour après l'accident, la malade ayant appuyé son épaule droite sur l'extrême bord de son oreiller (dans cette attitude, le bras était en rotation en dehors), sentit une brusque douleur, le tendon s'était de nouveau luxé, mais la malade ayant (m'a-t-elle raconté) saisi et fléchi, au moyen de sa main gauche, l'avant-bras du côté malade et l'ayant porté en dedans et en avant de la poitrine, avait senti que tout se remettait en place. Après diverses alternatives de repos et de massage (cette fois très bien toléré) la guérison fut obtenue, en deux mois de traitement.

On le voit, dans ces deux cas, un mouvement brusque de rotation en dehors avait suffi pour produire la luxation du tendon, en dedans de la petite tubérosité ; si la réduction du déplacement a été des plus faciles, il faut aussi noter la facilité de la récidive. La mobilisation de l'épaule, unie au massage, a dû succéder, dans le traitement de ces deux cas, à une prudente immobilisation ; les fonctions ont été récupérées complètement, il n'y avait eu chez mes deux malades ni fractures ni luxation des os voisins.

Jarjavay admettait que des tendons pouvaient être luxés sans qu'il y eût nécessairement d'autre lésion dans le voisinage. C'est à Cowper que nous devons la première description de la luxation du tendon bicipital hors de sa coulisse. Cet auteur signale la rigidité du biceps, l'impossibilité d'étendre le coude, mais ne nous indique ni le siège exact de la lésion, ni *les conditions anatomiques indispensables à sa production*. Le même auteur signale la remise en place du tendon pendant les mouvements qu'il a imprimés au bras d'un de ses malades.

Bromfield (*Chir. and cases*, not. 11, p. 76) affirme que la luxation du tendon hors de la coulisse bicipitale « produit une immobilité très douloureuse » qui cesse immédiatement si l'on imprime à la tête de l'humérus des mouvements dans divers sens (l'avant-bras étant fléchi).

Monteggia observa chez une femme âgée, que le tendon du biceps s'était luxé pendant une chute (cette femme étant soutenue par le bras, en ce moment). Tout rentrait dans l'ordre dès que la dite femme appuyait sa main du côté malade, sur l'épaule d'une voisine. Ce mouvement à mon avis, s'accompagnait probablement, de rotation en dehors. Voici les symptômes observés par Monteggia : 1° douleur vive au moignon de l'épaule pendant une torsion du bras ; 2° sensation de déplacement dans la profondeur du moignon ; 3° gêne des mouvements ; 4° rigidité du biceps.

Stanley nous cite un cas de luxation du tendon, fort douteux à mon avis, car le tendon s'était accroché sur la grosse tubérosité (il y avait eu très probablement, dans ce cas, luxation complète de l'épaule).

Fleury (dans une communication faite à la Société Impériale de Chirurgie 1868, 8 avril) paraît très affirmatif ; il décrit une luxation du tendon, survenue chez un officier qui avait voulu retenir un cheval ombrageux ; en allongeant le bras, le malade sentit un engourdissement douloureux. Le soulèvement du bras produisit un soulagement instantané : l'avant-bras, primitivement maintenu fléchi, put s'al-

longer. Cloquet fit remarquer à cette occasion qu'il avait connu un individu qui luxait à volonté son tendon du biceps, soit en dehors, soit en dedans.

Jarjavay, que nous avons cité plus haut, avait observé, dans le cas de luxation du tendon, qu'un soubresaut se produisait lorsque le bras était porté dans l'abduction et horizontalement. Il note, chose importante, qu'une luxation s'était produite pendant une torsion du bras *de dedans en dehors* à l'occasion d'une chute. Mais il assure que la cause de la luxation est toujours due au mouvement de torsion du bras en dedans et en arrière. Les recherches que j'ai faites sur le cadavre tendraient à prouver le contraire. Jarjavay avait observé que le tendon de la longue portion du biceps se luxait à 2 centimètres et demi du sommet de l'apophyse acromiale et en dedans d'elle. Ce qui, on le voit, correspondrait bien à la luxation du tendon, en dedans de la petite tubérosité de l'humérus.

Recherches anatomiques sur la question. — Si l'on veut bien se rappeler que, d'après Farabeuf, la gouttière bicipitale regarde : 1° directement en dedans, lorsqu'on a les bras croisés ; 2° directement en avant, lorsqu'on a les bras portés en avant ; 3° presque complètement en dehors, tout au moins en avant et en dehors, lorsque l'humérus est en rotation externe forcée, il en résulte que c'est dans la *rotation* externe forcée que le tendon de la longue portion peut sauter par-dessus la petite tubérosité, et en dedans d'elle, car elle forme la lèvre interne de la coulisse bicipitale. Quant à ce qui est déchiré, comme éléments fibreux, il y a d'abord : les fibres qui transforment la gouttière osseuse de la coulisse bicipitale en un tunnel complet et qui ne portent pas de nom spécial. De plus, des fibres d'union transversales entre les insertions humérales : 1° le coraco-huméral qui va s'attacher sur la grosse tubérosité et 2° le sus-gléno-sus-huméral, qui va finir sur la petite tubérosité. Ces fibres doivent se déchirer, et par suite le tendon du biceps doit en quelque sorte séparer ces deux ligaments sur une plus ou moins grande étendue.

J'ai recherché sur le cadavre dans quelles conditions la luxation peut se produire.

J'ai sectionné la partie fibreuse de la coulisse bicipitale et ai porté le bras dans la rotation en dehors unie à l'abduction.

Il ne m'a pas été possible de produire, dans cette position, la moindre luxation du tendon en dehors de la grosse tubérosité. La rotation en dedans, même poussée à l'extrême, n'a pas produit de luxation ; le tendon ne paraissait nullement s'allonger. Mais lorsque j'ai combiné la *rotation en dehors* avec *l'élévation du bras en avant*, le tendon a commencé à montrer une légère tendance à se luxer au-dessus et en dedans de la petite tubérosité.

Or, en combinant : 1° la *rotation de l'humérus en dehors ;* 2° l'*élévation de l'humérus en avant ;* 3° l'*adduction du bras vers le thorax*, la luxation du tendon se produit *immédiatement*.

On peut répéter sur un squelette articulé la petite expérience suivante : si l'on fixe un tube de caoutchouc ayant même volume que le cordon du biceps, à la partie supérieure de la cavité glénoïde de l'omoplate, par une extrémité, et à l'épicondyle de l'humérus correspondant par l'autre extrémité, on observe que le tube, étant

à l'état de tension et passant dans la coulisse bicipitale, présentera une courbure au-dessus de la tête humérale qui tendra à s'effacer.

Si on porte le même os dans la rotation en dehors, l'élévation en avant et l'adduction, au point de rendre le tube rectiligne, celui-ci, semblable à la corde trop tendue d'un arc, sautera brusquement en dedans de la petite tubérosité.

Ainsi se réalise une luxation expérimentale, qu'on essaierait en vain de produire par d'autres attitudes.

Deux cas de glycosurie soumis aux courants de haute fréquence, sans modifications de la glycosurie ni des échanges chlorurés et azotés

Par MM. Fernand Widal et A. Challamel

La question du traitement du diabète par les courants de haute fréquence étant à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de rapporter les résultats observés chez deux glycosuriques exposés à l'application méthodique de l'auto-conduction. Ces deux malades étaient soumis à des régimes stricts, exactement pesés, toujours identiques, et cela longtemps déjà avant le traitement électrique ; nous les avons, de plus, choisis pour nos recherches, parce qu'ils n'avaient plus tous deux qu'une glycosurie minime et fixe. Ils se présentaient donc dans des conditions d'observation telles que la moindre action exercée sur la glycosurie par le traitement électrique eût été facile à révéler.

Les résultats que nous publions ici ont été obtenus avec une instrumentation mobile, dite transportable, de Gaiffe.....

...Notre premier malade est un homme de 52 ans. Son diabète fut découvert à l'hôpital, où il était entré pour un phlegmon de la jambe qui, malgré l'incision et les pansements antiseptiques, ne parvenait pas à se cicatriser. En présence de cette suppuration persistante, on recherche le sucre dans les urines et on constate une glycosurie de 193 gr. 70 par 24 heures pour un régime alimentaire non réglé.

On le soumet tout d'abord pendant sept jours à un régime contenant 200 grammes de pain, 200 grammes de pommes de terre, 200 grammes de viande, 2 œufs, 2 litres de houblon, 300 grammes de vin. Sous cette influence, la moyenne du sucre rendu par 24 heures, tombe rapidement et oscille pendant plusieurs jours entre 35 et 50 grammes. Soumis ensuite pendant vingt-trois jours à un régime composé de 200 grammes de pommes de terre, 100 grammes de pain, 450 grammes de viande, 100 grammes de beurre, 4 œufs, 3 litres de houblon et 300 grammes de vin, le malade voit son sucre urinaire continuer à tomber progressivement, pour osciller chaque jour entre 11 gr. 88 et 18 gr. 20 pendant la première semaine et, après incision nouvelle du phlegmon, la quantité de sucre éliminée chaque jour n'oscille plus qu'autour de 3 grammes.

Pendant une période de six jours, le malade continue le même régime, à cette différence près que la ration quotidienne de pain est portée de 100 grammes à 200 grammes. Les chiffres de sucre rendus quotidiennement pendant les quatre jours de cette période sont les suivants : 5 gr. 43, 3 gr. 32, 4 gr. 26, 3 gr. 10.

Le régime restant identique, on soumet le malade à dix séances d'autoconduction : une de cinq minutes, deux de dix minutes, quatre de quinze minutes, deux de vingt minutes, une de quarante minutes. Les dix séances sont données en vingt jours ; les six premières sont données successivement chaque jour, les quatre autres sont échelonnées pendant le reste de la période.

A la suite des séances de cage, le malade n'éprouva aucun malaise ; on note seulement certain jour, à la fin de la séance, une légère transpiration.

La quantité de sucre éliminée en vingt-quatre heures est restée sensiblement ce qu'elle était au début du traitement électrique. Les chiffres de sucre éliminés quotidiennement sont, après la première application, de 5 gr. 30, de 4 gr. 26, puis oscillent entre 2 gr. 50 et 3 gr. 14 pour remonter certains jours jusqu'à 4 gr. 55 et 5 gr. 02.

La quantité d'urine émise, qui oscille entre 2.500 et 3.000 grammes, n'a subi que pendant deux jours une très légère augmentation.

La quantité d'urée et de chlorures éliminés n'a subi aucune modification. L'acidité urinaire n'a subi une légère augmentation que pendant les trois premiers jours de l'application électrique et pour osciller entre 2 gr. 03 et 2 gr. 97, malgré la continuation des séances d'auto-induction ; elle tombe ensuite à son chiffre antérieur et même certains jours un peu au-dessous.

La tension artérielle de ce malade, qui oscillait entre 17 et 18, n'a pas subi de modifications sous l'influence de l'autoconduction.

Notre second malade est un homme de 57 ans, éthylique, artérioscléreux et hypertendu sans albumine et sans symptômes de brightisme, il entre dans notre service à deux reprises différentes pour des épistaxis très abondantes. Il a présenté lors de son premier séjour une hypertrophie du foie qui a rapidement rétrocédé sous l'influence du repos et du régime.

A son entrée, le 10 juillet, on constate dans ses urines des traces de glucose ; le malade n'avait suivi jusque-là qu'un régime mixte ordinaire. Sous l'influence du régime lacté (3 litres) les traces de glucose disparaissent immédiatement.

Le malade restant toujours à ce même régime lacté, on lui fait absorber un matin à jeun 125 grammes de sucre. A la suite de cette épreuve de glycosurie alimentaire, il élimine en huit heures 0 gr. 22 de glucose par les urines.

Trois jours plus tard on le soumet à nouveau à une épreuve identique de glycosurie alimentaire, mais cette fois on lui fait absorber la solution de sucre au moment précis où on commence à le soumettre dans la cage à une séance de haute fréquence. Pendant les trois heures qui suivirent cette absorption le malade a été soumis pendant chaque demi-heure à une séance de cinq minutes d'autoconduction; il a donc subi une séance de trente minutes au total.

Or, pendant les huit heures qui suivirent le début de l'absorption de glucose, le malade rendit 0 gr. 28 de sucre par les urines, soit 0 gr. 06 d'excédent sur l'épreuve précédente. Les chiffres d'urée et de chlorures ne subirent aucune modification.

La séance d'autoconduction détermina seulement une augmentation de la quantité d'eau urinaire dont le chiffre s'élève à 3 l. 900 alors qu'il était la veille de 2 l. 600; il retombe le lendemain de l'épreuve à 3 litres et le surlendemain à 2 litres.

Ajoutons qu'une épreuve de glycosurie alimentaire refaite le lendemain de la séance de cage fournit une élimination de 0 gr. 21 de glucose.

Voilà donc deux cas de diabète sucré méthodiquement suivis, dans des conditions d'observation qui devaient permettre d'affirmer si oui ou non les courants de haute fréquence pouvaient agir sur la glycosurie. Les deux malades avaient été soumis à un régime alimentaire fixe, chaque jour composé de la même façon et constamment isohydrique. Pour juger de la glucosurie, il est en effet de toute nécessité que le malade soit soumis à un régime toujours identique à lui-même avant, pendant et après l'expérience.

Dans les cas de diabète où la glycosurie atteint de hauts chiffres, la quantité de sucre éliminée peut subir des oscillations spontanées qui rendent souvent délicate l'appréciation de la méthode employée. Lorsque le malade a été soumis à un régime fixe avant d'instituer la méthode thérapeutique à éprouver, il est bon, en tout cas, d'attendre un certain temps, pour juger si la diététique a donné tous ses effets au point de vue de l'équilibre glycosurique.

Ainsi, chez notre premier malade, sous la seule influence du régime la glycosurie était tombée de 193 gr. 70 à 3 grammes, mais quatre semaines environ avaient été nécessaires pour que la quantité de glucose éliminée, soit équilibrée autour de ce bas chiffre. Si l'on avait appliqué l'autoconduction quelques jours après l'installation du régime, on n'aurait pas manqué de mettre la chute du glucose urinaire au compte de l'intervention électrique.

Au moment où les courants de haute fréquence ont été appliqués, la glycosurie urinaire était donc chez notre premier malade fixée autour de 3 grammes ; chez notre second malade elle ne pouvait plus être révélée que sous l'influence de la glycosurie alimentaire, et les chiffres qui la représentaient pour une quantité de sucre absorbée avaient été exactement fixés.

Dans ces deux cas, il s'agissait donc de glycosurie minime et dans les conditions où le problème était posé on conçoit avec quelle facilité aurait pu être enregistrée toute action frénatrice de l'intervention électrique sur la glycosurie. Or, nous avons vu qu'aucune diminution du sucre éliminé n'a pu être notée après les séances d'autoconduction.

Les causes de la glycosurie sont multiples et il se peut que dans d'autres formes de diabète les courants de haute fréquence puissent avoir sur l'élimination du sucre une influence que nous n'avons pas pu constater.

Il nous a paru, en tout cas, intéressant de rapporter ces deux faits recueillis dans des conditions d'observation telles que nous pouvons affirmer l'absence d'action des courants de haute fréquence sur la glycosurie de nos deux malades.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement de la chlorose essentielle, par ROSIN (*Therapie d. Gagenwart, juillet* 06). — L'auteur recommande l'administration, 3 fois par semaine, de bains à 40° ; on commence par une durée de 10 minutes pour arriver à 20 min. Le degré thermique doit être maintenu pendant toute la durée du bain : on couvre la tête d'un bonnet réfrigérant. En sortant du bain, la malade reçoit une douche froide de quelques secondes puis on la frictionne avec des linges secs et on la fait reposer pendant une heure.

Les premiers bains produisent un effet désagréable (nervosité), qui disparaît vers le 3e ou 4e bain. A partir de ce moment l'état général s'améliore et la guérison s'obtient souvent dès le 12e bain.

Il va sans dire que si la chlorose est fonction d'une affection organique grave au début (tuberculose, néphrite, etc.), on ne saurait espérer une amélioration.

Si, dans les cas de chlorose essentielle, une récidive apparaissait l'année suivante, il faudrait la traiter à nouveau comme ci-dessus.

E. VOGT.

L'emploi de l'hypérémie de Bier dans quelques affections des diabétiques, par GRUBE (*Munch. med. Woct.*, 17 juillet 1906). — Bien que Colley ait déconseillé le traitement de Bier chez les diabétiques, Grube l'a cependant employé avec succès dans un certain nombre de cas. Tous les furoncles ont été traités par des applications de ventouses, quelquefois avec de petites incisions préalables.

L'application avait lieu en général deux fois par jour pendant trois quarts d'heures, et dans l'intervalle, on appliquait parfois les cataplasmes chauds. La guérison s'est faite assez rapidement et les phénomènes généraux ont disparu.

Une autre complication souvent dangereuse du diabète est la gangrène d'origine artério-scléreuse qui atteint avec prédilection les extrémités inférieures. Il s'agit en général de personnes âgées et d'une forme légère de la maladie. Avant que les symptômes propres de la gangrène apparaissent il y a souvent des troubles de la circulation locale, des hémorrhagies ponctiformes surtout aux pieds, plus tard, la gangrène atteint les orteils ou il se forme des ulcérations entre les orteils et à la plante du pied.

L'auteur a traité ces complications avec succès par l'air chaud en faisant mettre le pied malade dans une boîte à air chaud chaque jour, pendant une heure.

La température atteint 60 à 65° et il n'est ni nécessaire ni utile de la dépasser. Les douleurs souvent très violentes disparaissent souvent en quelques minutes, les pieds qui étaient froids et livides deviennent plus chauds et prennent un aspect normal, les ulcères montrent une tendance manifeste à guérir. L'auteur a ainsi traité avec succès une vingtaine de cas. Le traitement doit être l'objet d'une surveillance étroite.

L. JUMON.

Injection intra-veineuse de sérum physiologique contre l'empoisonnement par l'extrait de fougère mâle, par M. KONOPLEV (*Vratchébnaya Gazeta* 1906 n° 18). — Personne n'ignore que l'extrait de fougère mâle, ce précieux vermifuge, a l'inconvénient d'être toxique. Si, d'habitude, aux doses usuelles, cette toxicité ne se fait pas sentir, il n'en est pas, malheureusement, ainsi dans

certains cas où une susceptibilité particulière à l'égard de ce médicament ou sa résorption rapide et plus considérable que de coutume produisent des phénomènes d'intoxication plus ou moins graves. Dans un cas de ce genre dans lequel l'intoxication avait revêtu une forme essentiellement nerveuse (délire avec excitation entrecoupé de périodes de perte de connaissance), l'auteur eut recours à l'injection intra-veineuse massive de solution physiologique de chlorure de sodium. Ne possédant pas d'instruments appropriés à la circonstance, il dut pratiquer cette injection avec une seringue d'une capacité de 10 cc. seulement. Aussi pour injecter 400 grammes de liquide, mit-il un temps relativement long, mais il put, en revanche, observer qu'à chaque nouvelle dose de sérum, qu'on injectait, l'amélioration ne faisait que s'accentuer. Après injection dans la veine de la quantité totale de sérum physiologique, la guérison complète et définitive ne se fit pas attendre.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement de l'infection septique (*Zeitschr. f. aerztl. Fortbildung*, 15 juillet 1906). — Le professeur LEXER, après avoir déploré la confusion qui préside, en Allemagne, à l'emploi du terme « septique », se borne à traiter la question des infections pyogènes et putrides. Il fait ressortir que la lutte de l'organisme contre l'envahissement par le processus infectieux n'est pas adaptée au but, car le ralentissement de la circulation locale favorise la thrombose veineuse, l'exsudation des toxines : la bactériolyse, la fonte des tissus infectés sont des armes à double tranchant. Il est donc nécessaire de secourir l'organisme dans cette lutte souvent inégale.

Si l'on cherche à détruire le foyer infectieux, on n'y réussira que si ce dernier est très petit : en dehors de ces cas, la destruction du foyer par le thermo-cautère ou des antiseptiques forts offre des dangers. Les lavages et injections d'antiseptiques dilués n'ont pas de grands avantages ; seuls, les microbes pathogènes de la superficie sont influencés, et non ceux qui ont pénétré dans les tissus. En revanche, ces derniers ne sont que trop souvent lésés par les antiseptiques.

Il vaut mieux faire une incision couche par couche, allant rejoindre les foyers en profondeur, tout en respectant les tissus importants : si le fonctionnement ultérieur risquait d'être compromis par la cicatrice consécutive, on fera une série de petites incisions. Il est vrai que l'abstention avec pansements humides semble parfois avoir ses avantages, mais on risque la macération et la nécrose des tissus. Il est préférable d'inciser, même en l'absence d'une collection purulente. Pour empêcher la plaie de se fermer, on utilisera la gaze iodoformée, préparée au moment du besoin, car les paquets de gaze faits à l'avance contiennent de l'iode libre qui irrite les tissus. Cette gaze devra être renouvelée au bout de 24 ou 48 heures. Dès que le processus infectieux est en voie de régression, on prescrira un bain chaud local quotidien.

Pour augmenter les défenses de l'organisme contre l'infection, l'hypérémie par stase joue un rôle prépondérant ; il est vrai que la méthode exige un apprentissage minutieux et ne peut être employée que dans les cliniques et hôpitaux. Le procédé est, du reste, dans les cas légers, compliqué et inutile ; dans les cas graves, il exige, avant son emploi, l'incision du foyer: en cas de lymphangite aiguë, on s'abstiendra de pratiquer l'hypérémie par stase.

En cas d'infection générale, on n'a pas obtenu de résultats bien satisfaisants avec les injections intra-veineuses de solutions antiseptiques et les sérums antitoxiques.

E. VOGT.

Traitement de la fièvre typhoïde, par LANDERS (*Medical Record*, 2 juin 1906). — Depuis un certain temps, la confiance dans l'emploi des antiseptiques dans la fièvre typhoïde a été ébranlée, cependant l'auteur en est partisan et donne ici la préférence aux sulfophénates de chaux, de soude et de zinc chimiquement purs, ce dernier étant particulièrement adopté dans la fièvre typhoïde. Le sel de sodium convient au contraire dans les cas de constipation. Un à cinq grammes de ces substances par jour suffisent pour modifier complètement le caractère et l'odeur des selles, qui seront pratiquement aseptiques comme dans l'état de santé. Si on donne les sulfophénates jusqu'à ce que les selles soient inodores, la température se rapproche de la normale et tous les symptômes s'amé-

liorent. Mais ce résultat ne peut être atteint que si on poursuit ce traitement dès le début de la maladie et d'une façon persévérante.

Pour exciter la fonction phagocytaire, l'auteur donne en même temps les nucléines, qui favorisent la production des leucocytes. En dehors de ce traitement, il estime qu'on aura rarement l'occasion de combattre le délire et l'insomnie par l'emploi du gelsemium, du bromure de camphre et des hypnotiques.

Les antipyrétiques n'ont pas de place dans le traitement de cette maladie, sauf dans les cas très sthéniques. Il faut éviter leur action dépressive sur le cœur, et il est préférable d'employer les lotions ou les bains. Au traitement, on peut ajouter un purgatif salin quand il est nécessaire.

L. JUMON.

Etiologie et prophylaxie de la diphtérie chronique, par GRUNWALD (*Munch. med. Woch.*, 10 juillet 1906). — Les cas de diphtérie prolongée sont assez rares. Certaines circonstances paraissent entretenir l'infection et la prolonger à l'état chronique. C'est la diminution de résistance de l'organisme par des infections concomitantes, par un érysipèle, par exemple, ou par une intoxication oxycarbonée dans un cas, puis par un traitement employé à contre-temps, qui entretient le processus local. Ce sont surtout, d'après l'auteur, les badigeonnages de la gorge pratiqués avec des substances plus ou moins agressives qui paraissent entretenir ou favoriser la chronicité, en l'absence de toute injection de sérum. Dans ces conditions, les injections de sérum paraissent avoir peu d'action. En résumé, les deux causes qui favorisent la tendance à la chronicité sont d'abord l'absence d'un traitement causal efficace par le sérum au début de la maladie, en second lieu l'emploi d'une médication locale ou générale, comme le mercure, qui entretient un état d'irritation ou qui peut paralyser la faible tendance à la guérison.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT
Ancien interne des Hôpitaux.

Greffes cutanées, par CANNADAY (*J. of the Amer. med. Assoc.*, 2 juin 1906). — L'auteur se sert de pansements bi-quotidiens de gaze imbibée d'une solution d'hydrate de chloral à 2/1000, pour obtenir d'abord une surface granuleuse propre. Lorsque la plaie est ainsi prête à la greffe, il avive la surface granuleuse avec une brosse à ongle qu'il préfère à la curette. Il se sert de greffes de Thiersch prises de préférence au patient. Les greffes sont coupées par un mouvement de scie et comprennent la moitié de l'épaisseur de la peau ; elles ont une dimension d'un demi-pouce de large sur un pouce et demi de long. Aussitôt qu'elles sont coupées, elles sont placées sur l'index gauche, le côté de la peau appliqué sur le doigt, puis elles sont portées directement sur la surface granuleuse et légèrement pressées. On renouvelle la manœuvre jusqu'à ce que la surface soit couverte. L'auteur croit que la transplantation directe est préférable à l'emploi d'une solution saline ou autre, qui rend l'opération plus difficile et plus incertaine dans ses résultats. La surface garnie de greffes est recouverte d'une plaque de caoutchouc, puis d'une couche de gaze, assujettie par un sparadrap à l'oxyde de zinc. Le pansement est complété par du coton, de la gaze et une bande. Il est utile d'immobiliser le membre et de le tenir sur un plan un peu élevé, une légère pression suffit pour tenir les greffes en place et prévenir l'accumulation de sérosité ou de sang.

La pression ne doit pas être trop forte pour ne pas faire périr les greffes. L'auteur a employé cette méthode dans trente-trois cas, surtout de brûlures et de plaies, sans aucun insuccès.

L. JUMON.

Traitement des arthrites chroniques non tuberculeuses, par LOCKE et OSGOOD (*medical Record*, 23 juin 1906). — Les arthrites non tuberculeuses peuvent être classées, d'après ces auteurs, en villeuses, infectieuses, atrophiques, hypertrophiques et goutteuse chronique. Le traitement consiste essentiellement à employer les méthodes capables d'agir sur la nutrition générale et à agir ensuite localement sur l'articulation.

Il y a d'abord un traitement général qui peut s'appliquer à tous les cas et s'adresse à la mauvaise nutrition, à la débilité nerveuse, à l'anémie, à l'amaigrissement, à l'obésité, etc., on traitera ensuite les troubles organiques de la circulation, de la respiration, des reins, etc., puis les foyers d'infection de l'oreille, des amygdales, des organes génito-urinaires, la pyorrhée alvéolaire, la salpingite.

Le régime doit être réglé suivant les indi-

cations. Localement on appliquera un traitement par l'hypérémie active pour diminuer la douleur, favoriser les mouvements, la circulation afin d'activer la nutrition locale et d'amener la résorption des exsudats, l'hypérémie passive conviendra pour diminuer la douleur, l'inflammation et pour combattre l'infection. Suivant les indications, on aura recours au massage, à l'hydrothérapie et au repos.

L. JUMON.

Arthrophytes du genou, par M. PONS (*Com. méd. des Bouches-du-Rhône*, 15 juin 1906, *in Marseille méd*, 1er août 1906). — M. Pons présente deux corps étrangers articulaires qui proviennent d'un malade opéré dans le service de M .le Dr Imbert. Cet homme, âgé de 48 ans, meunier, avait eu un mois auparavant une légère hydarthrose du genou gauche consécutive à une chute ; il s'aperçut en même temps de la présence de deux corps étrangers très mobiles et qui lui occasionnaient de très vives douleurs pendant la marche. M. Imbert procéda à l'extraction d'un de ces corps le 4 mai. C'est un corps triangulaire mi-osseux, mi-cartilagineux, de 4 centimètres environ. L'autre corps étranger ne put être immobilisé et isolé, mais il se fixa ensuite sous le tendon rotulien où il ne causa plus de gêne au malade. Mais quelques jours après la première opération, il s'aperçut de la présence d'un autre corps étranger dans le genou droit. Celui-ci, un peu plus petit que le premier, fut extirpé de la même façon, et le malade sortit complètement guéri de l'hôpital peu de jours après.

R. BLONDEL.

Retard de consolidation d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traité avec succès par l'hypérémie veineuse, par le Dr LEFÈVRE (*Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 23 avril 1906, in jour. de Méd. de Bordeaux, n° 33, 1906). — L'auteur cite le cas d'un malade entré dans le service de M. Lannelongue, pour une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Six semaines plus tard, il n'y avait pas encore de consolidation, mais de la mobilité anormale, de la crépitation osseuse et une diminution des phénomènes douloureux au niveau du trait de fracture. Impotence fonctionnelle absolue.

On appliqua la bande au niveau du moignon de l'épaule, le malade la garda huit heures. Le lendemain, même application, ainsi que les jours suivants pendant une semaine. Le membre, à l'occasion de ces applications, devenait violacé et œdémateux.

Deux jours plus tard, il n'y avait plus de crépitation, la mobilité anormale était moindre. Enfin, cinq jours après, les mouvements communiqués à la partie supérieure de l'humérus se transmettaient très nettement à la tête de cet os. La consolidation était absolue la semaine suivante.

R. BLONDEL.

Extirpation d'un anévrisme circonscrit du tronc tibio-péronier. (*Lœde ch.* 18 juillet 1900).

M. DEMOULIN rapporte un cas de M. LEGRAND (d'Alexandrie), touchant l'extirpation d'un anévrisme de la partie inférieure du creux poplité. Au cours de cette opération, il constata que la tumeur siégeait sur le tronc tibio-péronier, au-dessous de l'origine de la tibiale antérieure. Il plaça donc une ligature sur l'artère péronière et sur la tibiale postérieure, tandis que la ligature supérieure respectait la tibiale antérieure, étant placée au-dessous. La gangrène de la jambe put être évitée.

Une autre observation de M. JUVARA, a trait à un anévrisme tibio-péronier. Le chirurgien dut lier la tibiale antérieure, mais au-dessous de l'origine de la récurrente tibiale antérieure. Le sac était gros comme une tête d'enfant. La ligature inférieure fut placée sur le tronc tibio-péronier au-dessus de sa bifurcation. Grâce à cette disposition, les voies collatérales suffirent pour le rétablissement de la circulation. M. Bazy pense que le gros volume de ces anévrismes, avait préparé les voies de dérivation.

A. BENOIT.

Opérations pour cancer de l'estomac (*in The British Med. journal*, 1906, page 370). — M. B. MOYNIHAN (de Lœds) se livre à une étude clinique et statistique soignée de 70 cas personnels. L'attention a été éveillée sur la période précancéreuse par de récents travaux. Dans 16 cas, sur 22 patients, soit 72,1 pour cent, il y avait eu un ulcère gastrique plusieurs années auparavant chez les malades devenus plus tard cancéreux. Sur le total des malades opérés, soit 70, un seul a survécu pendant quatre ans. L'auteur se demande à quelles causes il faut attribuer pareille inefficacité, eu égard aux cancers des autres organes. Il est en effet, démontré que ce genre de néoplasme n'évo-

lue pas plus rapidement que d'autres. Mais il est manifeste que le diagnostic n'est jamais assez précoce et que l'extirpation jamais assez complète, ce qu'il attribue à l'ignorance de la distribution lymphatique de l'organe.

Les résultats doivent logiquement s'améliorer si l'on peut, en opérant plus tôt, dépasser les limites de l'infiltration cancéreuse, qui, dans les premières périodes n'a pas de tendance à s'étendre aux organes voisins ; les autopsies le démontrent. Or, les méthodes cliniques actuelles ne permettant en aucune manière de faire un diagnostic précoce, il devrait être facilement admis que l'*incision exploratrice* doit être employés, non pour *confirmer* le diagnostic, mais pour le *faire*.

A. Benoit.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Principes du traitement de l'appendicite, par Sonnenburg (*Deutsche med. Wochenschrift*, 26 juillet 1906). — Dans les cas aigus, les indications opératoires doivent être cherchées dans l'examen du pouls, de la température et du taux de la leucocytose : il y a augmentation pour les trois symptômes le plus souvent. Une augmentation excessive d'un seul des trois constitue un fâcheux pronostic.

Localement, la défense musculaire, la sensibilité excessive feront craindre une appendicite et devront faire pencher la balance en faveur d'une intervention immédiate, car le pronostic sera souvent favorable et l'on pourra parfois se passer de drainage.

Si au contraire, le premier jour, l'état général n'est pas mauvais, la douleur locale peu violente, les troubles gastro-intestinaux peu marqués, il est probable qu'il s'agit d'une simple appendicite catarrhale, qu'on traitera par les opiacés et la suppression des liquides.

Dans les cas graves, on est autorisé à opérer même au 3e jour : il est rare de ne pas trouver alors une péritonite généralisée : malgré cette complication, on peut encore espérer un résultat heureux, à condition de ne pas suturer la plaie.

Le médecin appelé, après le 3e jour de la maladie, se trouvera en présence d'un processus localisé ou d'accidents péritonéaux éteints : si toutefois l'opération montre que le processus morbide n'est pas éteint du côté du péritoine, il faudra s'attendre à voir, après un soulagement momentané, les accidents réapparaître ; mais ils peuvent, même dans ces conditions, s'amender par la suite, et l'expectation après le 4e jour donnera les mêmes résultats que l'intervention. La même remarque peut s'appliquer aux abcès, car, s'ils ne sont pas bien encapsulés, l'opération risque de donner un coup de fouet à l'infection.

En résumé, le pronostic est d'autant meilleur qu'on opère plus près du début, et comme en surveillant la leucocytose, on est toujours aisément averti de l'apparition d'un ou de plusieurs abcès, on pourra aller chercher le foyer de suppuration. C'est surtout dans les cas d'abcès sous-diaphragmatiques que l'examen de la leucocytose est d'un précieux secours.

Malheureusement, il existera toujours des cas où la septicémie est si intense que l'opération même dans les premières 24 heures, ne sauvera pas le malade.

Restent les cas où l'on se trouve en présence d'un sujet ayant eu une ou plusieurs attaques d'appendicite et n'ayant pas été opéré. Plusieurs cas peuvent se présenter.

1° Pas d'attaques vraies, mais crises douloureuses sans fièvre, plus ou moins localisées à droite, les sujets se plaignent d'atonie intestinale, de troubles stomacaux, nerveux, etc. L'ablation de l'appendice leur rend la santé, à peu d'exceptions près. Il s'agit toujours alors d'adultes.

2° Un ou plusieurs accès caractérisés. Il faut alors énergiquement insister pour l'intervention à froid, car les accès ultérieurs s'accompagnent presque toujours d'accidents très graves. Il existe une seule exception concernant des sujets ayant présenté une seule attaque ayant mis plusieurs semaines à guérir, et qui ne présentent plus aucune trace de douleur locale. Il y a lieu d'admettre que dans ces cas, l'appendice gangréné s'est entièrement détaché du cœcum.

C'est surtout lorsqu'il s'agit d'enfants qu'il faut insister pour l'intervention à froid : il faut surtout bien se rendre compte que c'est dans le jeune âge que l'on trouve le plus souvent l'appendicite larvée. Il faut aussi se méfier des douleurs à droite que ressentent les jeunes filles, au moment des premières menstruations, et qui s'accompagnent de cystalgie. Presque toujours il s'agit alors d'appendicite. E. Vogt.

La constipation proctogène, par STRAUSS (*Therap. Monatsheffe, août* 1906). — La stase des fèces dans l'ampoule rectale existe pour l'auteur, dans 10 0/0 à peine des cas de constipation ; au point de vue thérapeutique, cette disparition du réflexe normal provoquant l'expulsion de toutes les masses fécales qui arrivent dans l'ampoule, offre un intérêt tout particulier. La cause principale de ce trouble consiste dans le fait que certains sujets se retiennent d'aller à la selle : parfois, chez l'homme, on trouvera une prostatite gonorrhéique, chez la femme des affections de l'appareil utérin, etc.

Le traitement demande la rééducation systématique du besoin d'aller à la selle, et un traitement local. Le sujet se présentera à la selle tous les jours à la même heure et on ordonnera la faradisation, le massage vibratoire, les lavements froids. En outre, on se servira d'une seringue à pommades, de construction spéciale, permettant d'injecter dans l'ampoule des doses pouvant (huile p. ex.), atteindre 100 grammes. On rencontre parfois des scybales si dures, que de vrais spasmes sphinctériens peuvent se manifester au moment du passage de l'une d'elles : on peut dans ces cas, faire aller à la selle sur un vase émettant des vapeurs d'eau bouillante.

E. VOGT.

Traitement de la diarrhée, par GILLET (*Journ. des praticiens*, 4 août 1906). — Au début de tout trouble gastro-intestinal, surtout chez l'enfant, on supprimera absolument toute alimentation, mais on permettra l'eau en abondance : un enfant de 7 kilos pourra en prendre un litre (eau pure filtrée bouillie ou Evian, Alet, Vals). Cette diète ne dépassera jamais 48 h. de durée. Pour revenir à l'alimentation, le mieux sera d'administrer la décoction de Springer : froment, seigle, avoine, orge, maïs, son, de chaque une cuillerée à soupe, qu'on torréfie légèrement au four, et qu'on fait bouillir pendant 2 heures au moins dans un litre d'eau.

L'intolérance gastrique sera combattue par l'administration de :

Eau chloroformée saturée.	125 gr.
Sirop de menthe poivrée.	50 gr.

A prendre par cuillerées à bouche.

Le citrate de soude (5 : 300) par cuillerées à dessert ou à soupe toutes les 2 heures, exerce une action eupeptique indéniable.

Parmi les antiseptiques intestinaux, dont la vogue varie, le fluorure de calcium en poudre fine mérite une place prépondérante.

L'opium, par l'immobilisation de l'intestin qu'il provoque, risque de favoriser la stagnation des matières diarrhéiques et la résorption des produits toxiques : on ne le donnera qu'à partir du moment où l'intestin a vidé son contenu.

Dans les diarrhées paludiques, rien ne vaut les sels de quinine.

Si, après les troubles intestinaux, les sécrétions glandulaires restent paresseuses, il faudra, plus souvent qu'on ne le fait d'habitude, recourir à divers ferments : pepsine, pepaïne, labferment, pancréatine, eucrétine, etc.

E. VOGT.

Traitement de la dysenterie sporadique endémique, par E. SAUNDBY (*Brit. med. J.*, 9 juin 1906). — Le traitement adopté par l'auteur a été recommandé par Gemmel, qui a obtenu de bons résultats dans beaucoup de cas, alors même que les lésions intestinales graves semblaient exclure l'espoir d'une guérison. Il est important de faire garder le lit au malade, jusqu'à ce qu'il soit assez bien rétabli pour pouvoir s'alimenter sans crainte de retour de la diarrhée.

La quinine semble être le médicament le plus efficace, on la donne à la haute dose de 1 gramme à 1 gr. 50, qu'on fait suivre de doses plus faibles, de 0,30 à 0,60 centigrammes. On donne aussi du calomel à doses de 1 gramme à 1 gr. 20, et on fait des irrigations intestinales avec de l'eau chaude. Comme alimentation, les malades prennent des laitages, du thé de bœuf, du bouillon de mouton.

Fingland, dans un travail sur le traitement de la dysenterie, a conseillé l'usage d'une plante originaire de l'Afrique du Sud, l'hysteronica, qui passe pour spécifique de la dysenterie.

L. JUMON.

Limite physiologique de l'alimentation rectale, par EDSALL (*Medical Record*, 23 juin 1906). — Après avoir passé en revue les expériences relatives à l'alimentation rectale, l'auteur fait remarquer que les effets les plus favorables des méthodes d'alimentation rectale sont fort inférieurs aux exigences de la nutrition, sauf en ce qui concerne l'introduction de l'eau et des sels. Il est probable que 150 à 300 calories seulement sont absorbées par cette voie, et on pourrait sans doute arriver à des chiffres plus élevés, et même jusqu'à maintenir

l'équilibre nutritif par des lavements alimentaires. Il est probable que l'augmentation marquée de poids observée à la suite de l'emploi de ces lavements dans les maladies est due à l'absorption de l'eau. La valvule iléo-cœcale permettrait le passage d'une certaine quantité d'aliments, de sorte que ceux-ci seraient mieux absorbés, mais cela n'a lieu que dans quelques circonstances très rares. Il n'y a donc pas lieu d'attendre beaucoup de l'alimentation rectale, qui ne peut être comparée aux voies naturelles de l'alimentation. Les substances qui sont le mieux absorbées par le rectum sont les hydrates de carbone dextrinisés. Le gros intestin peut absorber une quantité considérable de dextrose.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Physiologie pathologique de l'hypertension artérielle chronique et son traitement, par TH. JANEWAY (*Med. Record*, 23 juin 1906). — Bien que l'hypertension artérielle ne soit qu'un symptôme, elle est si importante dans ses causes et dans ses effets qu'elle demande une étude distincte. Elle est commune dans la néphrite, surtout dans le type interstitiel chronique, et se montre dans l'artériosclérose. Elle constitue le principal symptôme d'un groupe clinique de cas qui présentent les mêmes lésions que le mal de Bright chronique, mais sans lésion rénale. Sur 130 cas d'hypertension, 13 0/0 appartiennent à cette catégorie. D'après l'auteur, quel que puisse être le mécanisme de sa production, on est obligé de croire que l'hypertension est un effort de l'organisme pour maintenir une irrigation capillaire suffisante des reins ou d'autres organes importants. Si elle est un symptôme de maladie, elle est encore plus une réaction défensive contre la maladie, et cette conception indiquerait le traitement rationnel. Une pression sanguine élevée et permanente est nécessairement suivie de modifications importantes dans la structure et la fonction des organes circulatoires.

En dehors de l'hypertrophie du ventricule gauche et des lésions artérielles, il y a une perte de l'élasticité artérielle qui accroît encore la pression systolique et expose les vaisseaux à la rupture. D'un autre côté, l'insuffisance du ventricule gauche expose au danger de la stase veineuse et pulmonaire.

Les indications thérapeutiques sont les suivantes : Prévenir en améliorant la maladie primitive et en observant un traitement hygiénique général comme dans la néphrite chronique. Le massage et les iodures appartiennent à cette catégorie. On doit écarter toutes les influences hypertensives. En second lieu, le traitement sera adjuvant. En général, un abaissement de la pression sanguine, sans autre signe d'amélioration, indique une attaque d'insuffisance cardiaque et appelle l'emploi de la digitale. Enfin, il y a un traitement d'urgence, qui comprend toutes les mesures employées pour empêcher ou arrêter les accidents dramatiques qui mettent l'existence en danger. Ici, les vaso-dilatateurs trouvent leur emploi rationnel : la nitroglycérine et d'autres nitrites dans les attaques aiguës d'angine et d'asthme cardiaque, la saignée et un léger sommeil chloroformique dans l'urémie. La provocation d'une rapide vaso-dilatation arrêtera parfois une hémorragie nasale dangereuse. L'œdème pulmonaire ne comporte pas un traitement routinier. Il est rationnel ici d'employer en même temps les stimulants cardiaques et les vaso-dilatateurs. L'action hypertensive des douleurs intenses rend parfois la morphine nécessaire.

L. JUMON.

Courants à haute fréquence et tension artérielle, par M. DOUMER (*Cong. de l'Ass. p. l'Avancement des Sc.*, Lyon, août 1906). — Dans un rapport très étudié, le Dr Doumer fait un résumé très autorisé de l'état de la question et cherche à déterminer les conditions dans lesquelles la tension artérielle se trouve modifiée par ces courants, qui, tantôt l'élèvent et tantôt l'abaissent : actions contraires dont il importe de trouver l'explication.

Leurs effets antiphlegmasiques, quelque variété de courant qu'on emploie, sont bien établis, et leur emploi, dans la fissure de l'anus, les hémorroïdes, les prostatites, les métrites, certaines maladies de la peau, en un mot, dans les maladies locales à caractère inflammatoire est admis aujourd'hui sans conteste.

L'action sur la tension artérielle peut varier considérablement et aller de l'hypotension à l'hypertension. Voici l'explica-

tion que donne de cette variabilité M. Doumer :

On désigne sous le nom générique de courants à haute fréquence des procédés d'électrisation très divers qui n'ont d'autre point commun que d'employer l'énergie électrique dans un état d'oscillations extrêmement fréquentes, mais qui diffèrent profondément les uns des autres. Dans les uns, on fait intervenir la quantité d'électricité comme, par exemple, dans l'auto-conduction et dans la mise du sujet en dérivation aux deux extrémités du petit solénoïde. Dans d'autres, au contraire, on utilise surtout la tension, que l'on s'efforce de rendre aussi élevée que possible, comme, par exemple, dans l'effluvation de résonance, dont les propriétés thérapeutiques sont si voisines de celles de l'effluvation statique que l'on pourrait dire qu'elles leur sont identiques.

Or, il était à prévoir que des modes d'électrisation si divers auraient des effets thérapeutiques et physiologiques différents. C'est, en effet, ce que les recherches physiologiques et les observations chimiques sont venus démontrer, et il semble donc qu'il y ait une sorte d'antagonisme entre les effets que les courants à haute fréquence exercent sur la circulation, suivant qu'on les emploie sous quantité ou sous tension. Cet antagonisme se poursuit plus loin encore, car d'Arsonval a constaté qu'à la période d'abaissement de la pression sanguine succède bientôt une augmentation de cette pression qui peut même durer fort longtemps, tandis que, d'après Oudin, à la constriction capillaire, produite par l'effluve de résonance, succède une période de vaso-dilatation qui pourrait aussi durer fort longtemps et même, à la longue, devenir permanente.

M. Doumer résume les travaux de M. Moutier, qu'il a surtout étudiés, et les recherches qu'il a faites personnellement sur ce même sujet, et termine en disant que les courants de haute fréquence ont une action indéniable sur la tension artérielle, que les courants de tension et les courants de quantité sont en quelque sorte antagonistes les uns des autres : les premiers élèvent la tension artérielle des hypotendus, les seconds abaissent la tension des hypertendus, et on peut en tirer les deux règles suivantes : 1° lorsqu'on a un malade à l'hypotension à traiter, il faut éviter chez lui les applications de quantité, telles que l'autoconduction, la dérivation sur le petit solénoïde, et employer, au contraire, avec grand avantage, les procédés de tension, tels que l'effluve de résonance ; 2° si le malade a, au contraire de l'hypertension, employer chez lui les applications de quantité, telles que la cage et le petit solénoïde, et éviter les procédés de tension.

Ces nouvelles règles, ajoutées aux indications tirées des propriétés antiphlegmasiques de l'électricité et de ses propriétés excitantes du protoplasma et de la cellule vivante, donnent une base solide et très scientifique à l'électrothérapie moderne.

R. Blondel.

L'électrothérapie dans les affections circulatoires, par Ludwig Raab (*Munch. Med. Wochenschrift*, juillet 06). L'auteur a appliqué les bains électriques dans diverses affections de la circulation en étudiant leur influence sur les signes physiques et les symptômes. Les bains galvaniques ont une action frappante sur l'énergie cardiaque et suppriment rapidement tous les phénomènes de la fatigue. A cette amélioration du travail du cœur, s'ajoutent des modifications fonctionnelles du système vasculaire, ramenant la pression artérielle et capillaire à son niveau optimum. Cependant il y a des contre-indications difficiles à établir en dehors des maladies fébriles ou des lésions aortiques où l'électrothérapie échoue complètement. Les idiosyncrasies à l'égard du courant électrique, sont excessivement rares. Une hystérique âgée de 40 ans, avait régulièrement des accès d'angoisse avec tremblement généralisé pendant le passage du courant.

L'auteur fait remarquer que c'est une erreur de traiter des cardiaques dès le début ou exclusivement par des courants alternatifs, à cause de leur tension élevée (30 volts, au lieu de 8 volts pour les courants faradiques). Pour éviter le prurit qui est causé par leur nombre trop faible d'intermittences il faut que les interruptions soient portées à 14.000 au lieu de 5.000.

Le bain électrique est supérieur aux bains à température peu élevée chez les malades sensibles qui réagissent difficilement au froid, de même qu'on n'évite pas certains inconvénients avec les bains carbogazeux, bien que ceux-ci aient certains avantages particuliers.

L. Jumon.

Influence des rayons Rœutgen sur le sang et les organes hématopoiétiques, par Barjon (*La méd. Moderne*, 8 août 1906). — Nous

retiendrons de cette étude ce qui a trait aux résultats thérapeutiques obtenus dans la leucémie : Or, la radiothérapie n'influence que la forme chronique : elle est impuissante en présence des cas aigus et subaigus. Dans certain cas, on obtient une transformation complète : tous les symptômes physiques et fonctionnels s'atténuent et disparaissent même. Mais cette guérison apparente ne garantit pas la suppression de la cause, encore inconnue, de la maladie, et les récidives sont fréquentes.

Chez d'autres malades, l'amélioration reste limitée à certains symptômes : la rate reste grosse : les polynucléaires ne récupèrent pas leur pourcentage normal, mais la maladie subit un arrêt favorable et la rémission peut durer plusieurs mois.

Il arrive toutefois que, malgré une amélioration symptomatique manifeste, la mort survienne : le processus a continué à évoluer malgré la disparition de symptômes, même cardinaux.

Le pronostic dépend de l'état général, de la proportion du chiffre, des hématies, de la quantité d'hémoglobine et de la régularité de la courbe thermique. Il faut que le nombre des globules rouges se maintienne à la normale pour que le sujet reste dans des conditions favorables.

Au point de vue technique, les auteurs sont d'accord pour faire les applications dans la région splénique principalement, mais on ne négligera pas le sternum, les extrémités des os longs, les ganglions lymphatiques.

Il ne faut pas brusquer les choses, se garder de provoquer un épuisement organique en multipliant le nombre et la durée des séances. Le mieux est de faire ces dernières par séries, par périodes entrecoupées de repos.

Actuellement, les malades n'ont pu encore être suivis assez longtemps pour qu'on puisse parler de guérison définitive de la leucémie par les rayons X, mais on constate qu'aucune autre méthode n'a donné des améliorations comparables.

En tous cas, la radiothérapie exige une surveillance minutieuse et des connaissances hématologiques sérieuses de la part de l'opérateur.

E. Vogt.

Traitement de la bronchite et de la broncho-pneumonie, par Cattle (*The Practitionner*, juillet 1906). — Dans un travail général sur ce sujet, l'auteur discute rapidement le traitement. Pendant les attaques aiguës de bronchite, le malade doit être tenu dans une atmosphère chaude, humide et être soumis à des expectorants et des diaphorétiques. Dans les cas de douleurs thoraciques, on appliquera sur la poitrine des cataplasmes simples et sinapisés. Lorsque la cyanose fait son apparition par suite de l'encombrement par du mucus, les vomitifs sont utiles, surtout chez les enfants. Si le cœur droit se distend, on pratiquera chez l'adulte une saignée de 250 à 300 grammes. Pendant les attaques aiguës, on évitera soigneusement l'opium chez l'enfant et le vieillard. Un médicament souvent utile est la belladone. On peut la donner largement dans la broncho-pneumonie chez les enfants et dans beaucoup de formes de bronchite chez les adultes dans la période de sécrétion. Dans la bronchopneumonie avec température élevée, West recommande un bain de moutarde chaud. Par contre, Koffmann recommande les compresses froides sur le thorax, et dans la bronchite capillaire des enfants, des affusions froides, tandis que le malade est assis dans un bain d'eau tiède. Le même auteur recommande les compresses mouillées, recouvertes de papier ciré ou d'une feuille de caoutchouc, jusqu'à ce qu'une éruption miliaire survienne. Les révulsif peuvent être appliqués sous forme de liniments, contenant de l'ammoniaque ou de la térébenthine.

Dans les cas subaigus, une petite dose d'opium, associée à de légers expectorants constitue le meilleur traitement.

Beaucoup de malades aggravent leur situation en exagérant leur toux, qu'il doivent au contraire réprimer volontairement. Il faut éviter le menthol qui en anesthésiant les branches laryngées du vague diminuent la tendance à la toux réflexe. Contre la bronchorrhée, on emploie l'acétate d'ammoniaque, la térébenthine, les balsamiques, les stimulants et les inhalations désinfectantes. L'auteur a obtenu quelques résultats de l'emploi de capsules d'essence d'ail. Chaplin a recommandé le traitement par les inhalations de vapeurs de créosote dans une chambre close, le malade ayant les yeux fermés sous des verres fixés par du sparadrap, afin d'éviter l'action irritante sur les yeux.

Dans le catarrhe chronique sec, surtout lorsque la tension du pouls est élevée, l'iodure de patassium est souvent utile.

L. Jumon.

Traitement médical des varices, par A. Robin (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 juin

1906). — L'objectif doit être d'atténuer les symptômes existants, diminuer la dilatation veineuse et éviter les complications plus graves.

En premier lieu, on conseillera la marche, à condition de s'arrêter à la moindre sensation de douleur dans les jambes. On supprimera les jarretières et, chez les femmes, on recommandera de ne pas porter un corset trop serré. La propreté sera minutieuse et on combattra la constipation. Comme traitement diététique, les végétaux seront à la viande comme 3 est à 1.

Comme traitement médicamenteux, on prescrira :

Teinture d'hamamelis virginica
— de virbunum prunifolium
— de chardon-marie ..... àà 6 gr.

Mêlez et filtrez : IV gouttes, dans un peu d'eau, tous les matins au réveil.

En outre, le malade prendra tous les jours, matin et soir, pendant des mois, une pilule de 0,05 à 0,10 gr. d'iodure de potassium.

Comme traitement local, enveloppements humides nocturnes avec des compresses imprégnées d'eau de Goulard, ou, en cas de refus, application tous les soirs d'une mince couche de la pommade suivante :

Iodure de potassium.....	4 gr.
Ergotine Bonjean	3 —
Extrait de noix vomique...	1 —
Axonge benzoïnée	30 —

Us. ext.

La bande Vélpeau rendra, dans la classe pauvre, autant et même plus de services que le bas à varices, qui est souvent nuisible, car il exerce, à sa partie supérieure, une compression marquée. Il faut donc que le bas dépasse le genou et soit pourvu d'un cuissard s'attachant au corset.

Le massage, sous forme d'effleurages doux, de bas en haut, stimule la circulation périphérique, surtout s'il est fait après un bain d'une demi-heure, dans lequel on aura mis un sac de son et un rouleau de sels naturels ou artificiels de Bagnoles.

En cas de dermite, on fera des enveloppements avec des solutions de silicate de soude à 1 ou 2 0/0. Si la dermite est très accusée, on laisse sécher cette lotion et applique par dessus un badigeonnage léger au baume du commandeur.

En cas d'ulcère varqueux, repos, pansement à la liqueur de Labarraque, d'abord étendue de moitié d'eau, puis pure. Dès que l'épidermisation commence, on applique des bandelettes imbriquées de diachylon.

En cas de phlébite, applications de collargol, puis, quand l'état d'inflammation a disparu, on fera des applications légères avec :

Teinture d'iode ..... 10 gr.
Laudanum de Sydenham... 5 —
Us. ext.

Ce mélange n'est pas irritant.

Le traitement hydrominéral s'effectuera à Bagnoles-de-l'Orne ; le malade prendra des bains d'eau de la grande source, très légèrement minéralisée (silice, 0,013 gr. par litre, chlorure de sodium, 0,016 gr., sulfate de soude, 0,012 gr.), et boira de l'eau de la source des Fées ou des Dames.

Ce traitement provoque un sentiment de réconfort, une excitation des extrémités sensitives cutanées, déterminant une contraction des fibres musculaires lisses des petits vaisseaux.

Si le malade ne peut se rendre à cette station, il prendra des bains avec 1 gr. de silicate de soude pour un bain de jambes, 5 à 6 gr. pour un bain complet.

Luxeuil, Néris, Ussat, etc. peuvent donner des résultats analogues.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr BESCHAMBS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Symptômes et traitement de la tuberculose urétérale, par ZUKERKANDL (*Wien. Klin. Wochenschrift*, 8 mars 1906). — L'auteur insiste, dans une communication à la Société des médecins de Vienne, sur la fréquence des lésions tuberculeuses de l'uretère coïncidant avec la tuberculose du rein, et sur la nécessité d'enlever toute la longueur de l'uretère malade, au cours de la néphrectomie, si on veut voir guérir rapidement le malade sans persistance de fistule lombaire.

L'uretère tuberculeux présente des épaississements qui rétrécissent sa lumière ; en amont de ces points rétrécis, on voit des segments dilatés ; les lésions ne vont pas toujours jusqu'à la vessie. La tuberculose de l'uretère se manifeste cliniquement par des douleurs simulant la colique néphréti-

que : à la palpation, on peut quelquefois le sentir augmenté de volume, soit à travers la paroi abdominale, soit plus souvent par le toucher vaginal ou rectal à l'endroit où il croise le rebord osseux du bassin (point d'Israël) ; au cathétérisme urétéral, on perçoit très nettement le rétrécissement de son calibre. Ces lésions et ces symptômes peuvent apparaître avant que la tuberculose rénale se manifeste cliniquement ; un épaississement urétéral douloureux, accompagné d'une cystite unilatérale du même côté doit faire penser à des lésions tuberculeuses, alors même qu'on ne trouve pas de bacilles de Koch dans l'urine.

Au cours de la néphrectomie pour tuberculose du rein, il faut rechercher et enlever la portion de l'uretère qui est malade, si on veut avoir une réunion par première intention et éviter les fistules interminables qui persistent si souvent après l'opération. On a conseillé, déjà depuis très longtemps, l'ablation et la cautérisation au thermo de la plus grande portion que l'on peut attirer (Kümmel, Israël, von Eiselsberg) ; on a pratiqué aussi l'invagination et l'enfouissement du moignon par une suture (Kuster) ou la fixation du moignon à la peau (Rovsing). L'auteur enlève systématiquement l'uretère tout entier en prolongeant son incision lombaire le long de l'arcade crurale et en décollant le péritoine: l'uretère est lié et sectionné au thermo, on suture l'incision en laissant un drain qui est appliqué contre le moignon et ressort au niveau de l'incision lombaire ; un autre drain est placé dans la loge rénale. De temps en temps, en faisant le pansement, on injecte par le drain du moignon quelques gouttes d'acide phénique à 5 0/0. Avec cette pratique, la réunion s'obtient toujours sans fistule au bout de 3 à 5 semaines.

Kapsammer ne croit pas que l'existence d'une cystite unilatérale soit toujours tuberculeuse ; dans certains cas de pyélite calculeuse ou non, on peut voir de la cystite localisée au voisinage de l'embouchure de l'uretère.

Lorsque la tuberculose procède par voie ascendante, les lésions urétérales peuvent être beaucoup plus accentuées que les lésions du rein lui-même ; elles sont plus souvent localisées à l'embouchure du bassinet ou au niveau de l'abouchement dans la vessie.

Pour cet auteur, la pollakiurie douloureuse, lorsqu'il n'y a pas de cystite, est souvent due à des lésions de tuberculose urétérale : ce fait est important à connaître au point de vue thérapeutique, car, au lieu de s'attarder à faire des lavages de vessie, il faut pratiquer le plus tôt possible la néphro-urétérectomie.

M. Deschamps.

Autoplasties de l'urètre par mobilisation, par Von Hacker (*Beitrage zur klinischen Chirurgie*, 1906, fasc. I). — La mobilisation de l'urètre telle que l'auteur l'a préconisée pour la cure de l'hypospadias balanique peut encore être mise à profit pour la restauration de l'urètre dans l'urétrectomie et pour le traitement des fistules latérales de ce canal.

Dans l'urétrectomie après résection de la portion rétrécie, il est bon de mobiliser les deux segments sectionnés pour les suturer bout à bout : la libération du canal doit se faire en principe, sur une longueur double de celle de la portion réséquée ; ainsi, si la portion réséquée est de deux centimètres, on devra libérer les deux segments chacun sur une longueur de deux centimètres, ou sur une longueur de quatre centimètres si la mobilisation porte sur un seul segment.

Dans le traitement des fistules latérales de l'urètre, le canal sera disséqué sur une longueur suffisante et selon le même principe, de façon à pouvoir pratiquer la suture de l'orifice perpendiculairement à l'axe du canal, après avivement des bords.

On devra éviter la tension exagérée des segments suturés, surtout au niveau de l'urètre pénien, à cause des érections possibles.

M. Deschamps.

Rupture de la vessie traitée sans suture, par Neumann (35e *Congrès de la Société allemande de chirurgie*, avril 1906). — Le malade fut laparotomisé vingt-trois heures après avoir reçu un coup dans l'abdomen, parce qu'il présentait des signes de péritonite. Il avait uriné pour la dernière fois trois heures avant le traumatisme. L'incision de l'abdomen, faite le long du bord externe du grand droit, du côté gauche, montra une perforation de la vessie qu'il fut impossible de suturer, à cause du mauvais état général du malade. On fit un tamponnement et on mit une sonde à demeure dans l'urètre ; l'hématurie cessa au quatrième jour, le tampon fut enlevé au neuvième jour, et le malade fut guéri au bout de cinq semaines.

M. Deschamps.

La prostatectomie dans la dysurie prostatique, par PILCHER (*Medical Record* 23 juin 1906). — L'auteur a pratiqué la prostatectomie dans 36 cas, dont un cas par la voie périnéale, six sont morts des suites de l'opération ou de complications secondaires. Dans les autres cas, les malades ont été débarrassés de leurs troubles urinaires. L'auteur, recommande dans la prostatectomie suspubienne, d'introduire le doigt ganté dans le rectum pour exercer une contre pression contre la prostate. Il est beaucoup plus facile sous le contrôle du doigt dans le rectum de se guider dans l'opération de l'énucléation de la prostate. Cependant, l'auteur pense que dans beaucoup de cas la prostatectomie périnéale constituera la méthode de choix. Afin de mieux remplir toutes les indications opératoires, lorsqu'on adopte la voie périnéale, il est préférable d'exposer largement la glande par une incision périnéale convenable et d'écarter les tissus qui recouvrent la prostate, ce qui permet de se guider autant que possible par la vue.

L. JUMON.

Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre, par P. DUVAL (*Bull. de la Soc. de chir.*, 4 juillet 1906). — Le procédé de Füller-Freyer a le défaut de ne pas assurer l'hémostase et de faire un drainage imparfait : le bas-fond vésical peut toujours être le point de départ d'une hémorragie ou d'une septicémie dans les jours qui suivent l'opération, malgré le tamponnement et les grands lavages.

C'est pour conjurer ce double péril que l'auteur a pratiqué, sur un malade de 56 ans, l'ablation de la prostate par la voie transvésicale, avec suture complète de la vessie à l'urètre. La vessie ouverte, on a fait une incision autour du col de la vessie ; la prostate, énuclée au doigt et aux ciseaux courbes a été enlevée et l'urètre sectionné. Puis une sonde est introduite dans l'urètre pour repérer la tranche de celui-ci: cette tranche est suturée à la tranche vésicale sur sa demi-circonférence antérieure ; la demi-circonférence postérieure de la tranche vésicale est suturée à la loge prostatique, et rétrécie dans sa portion postérieure, de telle sorte que la suture a l'aspect d'une raquette à queue postérieure. La loge prostatique est recouverte partout de muqueuse ; on laisse une sonde à demeure n° 24 ; la paroi antérieure de la vessie est suturée complètement ; on ne laisse qu'un petit drain prévésical. Les suites opératoires sont bonnes : le malade quitte l'hôpital guéri, avec un résidu de 200 cc. après mixtion.

Legueu, rapporteur de cette observation, conseille de garder intacte une bande de la paroi antérieure de l'urètre prostatique, en ne prolongeant pas l'incision en avant du col ; on évitera ainsi d'être obligé de suturer la demi-circonférence antérieure de l'urètre, et celui-ci sera plus facilement repéré. Il ajoute que ce procédé n'est pas possible chez les malades infectés et porteurs d'une grosse prostate ; pour lui, chez les prostatiques de cette catégorie, il draine la vessie avec les tubes de Guyon-Périer, laisse un tamponnement à la gaze pendant les deux ou trois premiers jours, et met une sonde à demeure quand celui-ci est enlevé.

M. DESCHAMPS.

Quelques remarques sur la prostatectomie, par BOLTON BANGS (*Med. Record*, 23 juin 1906). — Le traitement avant et après l'opération et la technique de l'opération ont tellement été améliorés que le taux de la mortalité a été beaucoup réduit et que beaucoup de malades guérissent sans autre incident. Mais on peut se demander si, dans tous les cas, l'opération était bien nécessaire et si l'on avait bien, auparavant, examiné tous les malades au point de vue des indications.

L'auteur fait remarquer à ce sujet qu'on a enlevé de petites prostates à des malades qui n'avaient d'autres symptômes que des fréquences nocturnes et diurnes d'urine et peu de signes d'obstruction. En pareil cas, on n'a pas tenu compte de la capacité de la vessie, qui était réduite à trois ou quatre onces, ce qui obligeait le malade à uriner toutes les deux heures. Parfois, il s'agit d'un degré léger de prostatite qui, avec un régime et une hygiène convenables et un traitement local aurait cédé au point que tout autre traitement serait devenu superflu. Aussi l'auteur s'élève contre cette prétention que toute prostate volumineuse doit être opérée.

En décidant de l'opération de la prostatectomie, il faut tenir compte des facteurs suivants : l'état général du malade, sa condition sociale et son milieu, son tempérament, son accessibilité à un traitement médical judicieux. On doit se demander si le traitement par le cathétérisme est exposé à échouer, si le malade éprouvera un réel soulagement après l'opération ou s'il ne

subsistera pas quelque symptôme plus ou moins incommode. On ne peut affirmer le succès complet de l'opération, mais, lorsque celle-ci est réellement indiquée, on peut compter sur un soulagement si grand qu'on peut conseiller l'opération.

L. JUMON.

Le massage dans le traitement des résidus de l'épididymite blennorragique, par COLOMBO (*Revue internationale de Thérapie physique*, 1901, N° 13). — L'auteur rappelle qu'il a préconisé, un des premiers, dès 1894, le massage dans le traitement des reliquats de l'épididymite blennorragique.

Après avoir tracé un tableau clinique de l'épididymite et passé en revue les moyens thérapeutiques employés à la période aiguë (repos, glace, sangsues, onguent napolitain belladoné, applications externes, courants continus, paracentèse de la vaginale, compression par bandelettes de sparadrap ou par suspension ouatée, etc...), il montre que la tâche du médecin n'est pas terminée lorsque la période inflammatoire est tombée : il reste encore, pour obtenir la guérison radicale, à faire résorber les exsudats qui obstruent les voies spermatiques pour rétablir leur perméabilité et permettre le passage du sperme, car ces exsudats ont tendance à s'organiser en subissant la transformation fibreuse et à oblitérer les conduits spermatiques, ce qui doit entraîner fatalement la stérilité, si l'épididymite est double.

Le meilleur moyen thérapeutique pour obtenir la résorption de ces exsudats, c'est le massage qui a un triple effet : 1° un effet mécanique en faisant écouler les secreta ; 2° une absorption rapide de ces mêmes produits en augmentant l'activité de la circulation sanguine et lymphatique ; 3° un effet vasomoteur améliorant la nutrition des tissus.

Le manuel opératoire employé est le suivant : la main gauche fixe le testicule sans exercer de pression douloureuse, l'épididyme est massé avec le pouce et la pulpe des 2e et 3e doigts de la main droite : le massage est fait dans le sens de la circulation spermatique, d'avant en arrière, de l'épididyme vers le canal déférent ; il est pratiqué sur l'épididyme avec des pressions graduellement augmentées pendant 6-7 minutes, puis on passe au canal déférent que l'on masse de bas en haut pendant 4-5 minutes.

Après 20-25 séances, les parties indurées deviennent plus molles et plus petites ; après 50-55 séances, les spermatozoïdes reparaissent ou augmentent dans le liquide éjaculé. Chaque séance dure 10 minutes, et est renouvelée tous les jours.

Suivent sept observations, avec une guérison complète dans 5 cas, une guérison incomplète dans le sixième cas, et un échec dans le 7e cas. Un cas de névralgie testiculaire consécutive à une épididymite et durant depuis un an, fut amélioré après 15 séances.

M. DESCHAMPS.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Les ruptures de l'urètre chez l'enfant, par AUG. BROCA (*Annales des maladies génito-urinaires*, 1er mars 1906). — Les ruptures de l'urêtre chez l'enfant sont assez fréquentes dans la région périnéale, par chute à califourchon ou coup de pied ; en revanche, l'auteur n'a jamais rencontré, à cet âge, de rupture de l'urètre pénien.

La rupture de l'urètre se traduit généralement par une urétrorragie ; dans quelques cas, cette hémorragie peut manquer. On peut observer alors de la dysurie allant jusqu'à la rétention, et une tumeur ovoïde au périnée provoquée par l'infiltration sanguine ; il s'agit, dans ces cas, de rupture incomplète ou interstitielle, la tunique spongieuse est seule dilacérée entre la muqueuse et la fibreuse restées intactes.

Le diagnostic de cette forme est assez difficile à faire avec la simple contusion du périnée, qui peut aussi s'accompagner de dysurie et de rétention ; le diagnostic de rupture interstitielle sera fait par la douleur provoquée à la pression sous la symphyse et l'apparition d'une tumeur ovoïde au niveau de la région bulbeuse ; dans les cas douteux, on fera des réserves pour l'avenir au point de vue du rétrécissement.

Lorsque le sang s'écoule de l'urètre d'une façon continue et que les urines sont claires, la rupture est sûrement dans l'urètre antérieur, car, si elle était au niveau de l'urètre postérieur, le sang refluerait dans la vessie et l'urine serait sanglante ; le siège habituel de la rupture dans les chutes à califourchon est la région bulbaire.

Les ruptures complètes sont rares ; le plus souvent, la paroi supérieure de l'urètre reste intacte : c'est donc sur elle qu'on devra se guider pour conduire le cathéter.

La rétention est due au spasme de la portion membraneuse rompue et à la compression du canal par l'épanchement sanguin ; plus rarement, elle peut être due à une obstruction causée par une fracture du bassin. Si la solution de continuité est suffisante pour laisser échapper l'urine, celle-ci, chassée par la pression intra-vésicale, s'infiltrera dans les tissus du périnée et s'y infectera en formant un abcès urineux. La première indication est donc de combattre la rétention : pour cela, on tentera d'introduire une sonde dans la vessie, soit une sonde de Nélaton, soit une sonde béquille, soit une sonde de trousse à grande courbure ; il ne faudra jamais employer la sonde droite en gomme, qui s'engagerait sûrement dans la solution de continuité de la paroi inférieure de l'urètre. De préférence, il faut passer une sonde molle, petite, et la laisser deux ou trois jours à demeure, pas davantage, car l'urine infantile est chargée en sels et incruste la sonde.

Si le cathétérisme est impossible, il faut inciser d'emblée le périnée sur toute la longueur de la ligne médiane jusqu'à la déchirure urétrale, pour assurer l'écoulement de l'urine. Il faudra ensuite placer une sonde à demeure qui servira de tuteur à la réfection de l'urètre, réfection que l'on ébauchera autant que possible en suturant les deux bouts ; cette sonde sera introduite par le méat et amenée dans la plaie, d'où on l'introduira dans la vessie après avoir recherché le bout postérieur. Si on ne trouve pas ce bout postérieur, on remettra cette recherche à plus tard, le malade ne courant aucun danger si l'incision a été assez large pour empêcher l'infiltration ; le cathétérisme rétrograde ne doit être pratiqué que dans les cas de fracture du bassin.

Le rétrécissement traumatique apparaît très rapidement, quelquefois même au bout d'une quinzaine de jours : on fera la dilatation avec les bougies Béniqué, mais la récidive de ces rétrécissements est généralement rapide. Quand ils provoquent de la rétention ultérieurement, il faut faire non pas l'urétrotomie interne, mais l'urétrectomie, c'est-à-dire la résection de la portion cicatricielle de l'urètre et des tissus cicatriciels du périnée, avec suture de l'urètre en tissu sain, souvent difficile à cause de l'écartement des deux bouts ; mais, même dans les cas où cette suture directe est impossible, la suture du périnée est utile pour avoir une cicatrice souple provenant d'une réunion par première intention. D'ailleurs, même au moment de l'accident, il faut faire la suture de l'urètre lorsqu'on a retrouvé les deux bouts : c'est à ce prix qu'on peut espérer avoir une réunion qui ne rétrécira pas trop le canal ultérieurement, tout en faisant néanmoins des réserves pour l'avenir, le malade devant être surveillé de très près.

M. DESCHAMPS.

Observations sur le traitement de la paralysie spinale de l'enfance, par O. VULPIUS (*Munch. med. Woch.*, 24 juillet 1900). — L'auteur examine les résultats que peuvent donner les différents traitements orthopédiques une fois que les lésions sont définitives.

D'abord les appareils modernes à attelles permettent une bonne fixation des articulations lâches, de façon à permettre les mouvements. Mais l'appareil ne donnant aucune guérison doit être porté constamment.

Les appareils à charnière peuvent régler le mouvement articulaire au point de vue de l'excursion. Quant aux traits élastiques dont on les a pourvus ils sont plus intéressants que pratiques. On peut enfin remédier dans une certaine mesure aux difformités, mais il faut reconnaître que les appareils orthopédiques ont aussi l'inconvénient de gêner la circulation et de constituer une surcharge pour les muscles des membres.

Les résultats du traitement opératoire sont beaucoup plus complets suivant les indications. L'arthrodèse est d'abord indiquée dans les cas de paralysie totale de tous les muscles qui agissent sur une articulation, lorsque les autres muscles sont si faibles qu'ils n'empêchent pas la laxité de l'articulation. Vulpius a pratiqué cette opération sur l'articulation tibio-tarsienne, du genou, de l'épaule, mais s'est abstenu pour les articulations de la hanche, du coude et du poignet. Les surfaces articulaires sont mises à nu, avivées avec une curette, de sorte que la substance osseuse est mise à découvert sur beaucoup de points. La suture n'est pratiquée que sur l'articulation de l'épaule avec du fil d'argent, pour les autres articulations l'ankylose articulaire est abandonnée à la guérison naturelle favorisée par un bandage plâtré pendant trois mois au moins.

La paralysie partielle, d'autre part, entraîne une perte partielle de la fonction, mais aussi l'existence d'une contracture et plus tard d'une difformité de l'articulation fixée. Pour corriger cette difformité on a

depuis longtemps en recours au redressement et à la ténotomie. Mais l'affection peut récidiver, car on supprime le mal dans sa racine. La transplantation tendineuse offre au contraire des garanties beaucoup plus grandes pour la guérison. Vulpius suture toujours un tendon sur un tendon, et a renoncé à fixer un tendon sur le périoste. Il évite presque sans exception d'employer des tendons artificiels de soie, qui ne sont que corps étrangers. Il est important ensuite d'obtenir une tension correcte du tendon, avec une durée suffisante de fixation sous l'appareil. Mais la transplantation tendineuse, malgré les excellents résultats qu'elle donne, ne doit pas être pratiquée de parti pris dans tous les cas. Chaque méthode trouve ses indications dans chaque cas particulier.

L. JUMON.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Jéjunostomie contre les vomissements incoercibles de la grossesse, par MM. BRUNON et JEANNE (*Normandie méd.*, 1er août 1906). — Observation d'un cas de vomissements incoercibles chez une femme de 26 ans, dont l'état de grossesse n'était même pas soupçonné et qui était parvenue au dernier degré de cachexie, ne pouvant, depuis plusieurs semaines, conserver dans l'estomac même une cuillerée de lait, malgré l'épuisement de tous les traitements connus.

Les auteurs pensèrent à une sténose du pylore, et, pour sauver coûte que coûte la malade qui allait mourir de faim, pratiquèrent, dans une rapide et facile laparotomie, une boutonnière au niveau du jejunum, créant ainsi une fistule intestinale.

Par cette voie, la malade fut alimentée graduellement au moyen de lait, puis, peu à peu, de potages, d'œufs, de bouillies. Elle se transforma rapidement et recouvra une santé complète, mais il restait impossible de lui faire prendre aucun aliment solide par la bouche, sans provoquer des vomissements immédiats.

Au bout d'un mois, la sonde qui maintenait la perméabilité de la fistule est retirée et la malade s'alimente par la bouche, mais exclusivement avec du lait qui est seul supporté.

C'est à ce moment seulement qu'on peut diagnostiquer avec certitude une grossesse de trois mois et demi. La malade quitta la maison de santé en parfait état, mais ne tarda pas, une fois chez elles à faire de graves imprudences de régime, à reprendre l'alimentation solide et à voir revenir avec elle les vomissements incoercibles et progressivement la cachexie.

Elle consulta un autre confrère qui conseilla et pratiqua l'accouchement provoqué artificiel. Trois jours après la malade succombait. Les auteurs en concluent que dans des cas de vomissements incoercibles de la grossesse, la jéjunostomie fait courir à la malade moins de risques que l'avortement provoqué.

R. BLONDEL.

Traitement de la tuberculose des voies urinaires chez la femme, par E. GARCEAN (*Medical Record*, 9 juin 1906). — Le traitement de la tuberculose des voies urinaires chez la femme a été beaucoup plus satisfaisant dans ces dernières années qu'auparavant. L'amélioration des moyens de diagnostic a contribué à ce résultat aussi bien que la thérapeutique. On peut aujourd'hui appliquer très facilement un traitement local sur la muqueuse vésicale par l'emploi du cystoscope.

Des cas précoces de la maladie peuvent souvent être traités avec avantage par le changement de climat, lorsque le traitement est essayé avant que la maladie n'ait fait des progrès trop rapides. Le traitement local de la tuberculose vésicale dépend du stade de la maladie. Dans le cas où il n'y a que l'injection de la muqueuse, le traitement local est extrêmement douloureux et nuisible. Lorsque, cependant, les tubercules ont commencé à se développer, lorsqu'il y a déjà des ulcérations de la vessie, on peut obtenir des résultats considérables par le sublimé et le nitrate d'argent. Le sublimé doit être employé suivant les prescriptions de Guyon. En même temps, il faut insister sur l'hygiène, le repos, etc.

Les ulcérations doivent être traitées par des applications de nitrate d'argent pur, répétées suivant les circonstances, une ou deux fois par semaine. Lorsque les cas sont avancés et que la muqueuse est parsemée de granulations et d'ulcérations, il faut cautériser la muqueuse en anesthésiant le malade avec l'éther. La cystotomie est réservée pour les cas rebelles. On ne

doit pas pratiquer la néphrectomie s'il existe des lésions tuberculeuses avancées dans d'autres organes.

L. JUMON.

Action de l'aspirine sur l'utérus, par CHIDICHIMO (*Therap. Monatshefte*, août 06). — Le travail de l'auteur fait ressortir l'action de l'aspirine sur l'utérus, dont elle ralentit les contractions, tout en exerçant un effet analgésique. Il a pu constater que le médicament ne passe pas dans le lait des femmes qui nourrissent.

L'aspirine calme toutes les douleurs de la sphère génitale, quelle que soit leur cause.

L'auteur recommande des doses quotidiennes de 2 à 3 gr., divisées en 2 ou 3 prises. On défendra l'usage simultané d'alcalins, pour éviter le dédoublement trop rapide du remède.

E. VOGT.

Le chlorure de calcium en gynécologie, par S. Rosov (*Terapia*, juin 1906). — Comme certains cliniciens français (Gross, P. Dalché), l'auteur s'est bien trouvé de l'usage du chlorure de calcium dans les métrorrhagies de cause diverse (endométrite hémorragique, cancer inopérable de l'utérus, etc.). Il en a obtenu aussi des résultats favorables dans 3 cas d'hémoptysies abondantes chez des femmes enceintes. Chez toutes ces malades, l'hémorragie ne tarda pas à s'arrêter sous l'influence du chlorure de calcium que l'auteur administrait d'après la formule de Gross, à savoir :

Chlorure de calcium....	5 grammes
Eau distillée	100 grammes
Sirop de menthe	20 grammes

Prendre par cuillerées à bouche tout le contenu du flacon en l'espace de vingt-quatre heures.

La médication calcique fut toujours bien supportée alors même — comme ce fut le cas chez trois femmes atteintes du cancer inopérable de l'utérus — qu'on se voyait obligé pour obtenir un effet hémostatique suffisant, de porter à 10 grammes la quantité journalière du médicament en question.

Pour réaliser cette augmentation de la dose, on administrait aux malades, en plus de la potion ci-dessus formulée, un lavement de 5 grammes de même sel avec adjonction de quelques gouttes de teinture d'opium.

Les bons effets que l'auteur a obtenus du chlorure de calcium en ingestion et en lavements l'amènent à supposer que, dans les hémorragies graves, nécessitant une action hémostatique rapide, il y aurait avantage de se servir d'injections sous-cutanées de solutions calciques, beaucoup plus faciles à stériliser que le sérum gélatiné.

V. DE HOLSTEIN.

Pharmacologie

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Le régime végétarien, par STÆHELIN (*Corresp. Bl. f. Schweizer-Aerzte*, 1er juillet 1906). — Dans cet important travail, l'auteur montre que certains aliments tirés du règne végétal ne contiennent pas plus d'eau que la plupart des aliments carnés : la principale différence entre ces deux modes d'alimentation se trouve dans la teneur en graisses, aussi est-il nécessaire, pour la ration d'entretien du végétarien, d'ajouter des graisses au menu : si l'on s'abstient de le faire, on obtient un régime peut nourrissant qui peut rendre des services dans l'obésité, car on évite la sensation si pénible de la faim.

L'utilisation des aliments est en général moins parfaite et l'apport d'albumine réduit dans de larges porportions : or, cet apport est suffisant à condition que l'on couvre la dépense de calories. L'élimination de substances solides par le rein atteint son maximum dans l'alimentation carnée ou mixte: elle est minime dans l'alimentation végétarienne. L'autointoxication est, comme l'on sait, bien plus fréquente avec le premier mode d'alimentation.

Ces considérations suffisent-elles pour faire rejeter la viande, que le genre humain consomme depuis des siècles ? L'auteur ne le pense pas ; il fait en outre remarquer que divers végétaux contiennent des albumines toxiques (zéine, abrine, ricine), et que l'ergotisme et la pellagre sont des affections engendrées par des végétaux.

Les matières extractives, contenues surtout dans la viande, excitent l'appétit : on trouve en conséquence des végétariens en état de nutrition insuffisante.

Quelle est l'influence exercée sur l'organisme par le régime végétarien ? Cette question a été jusqu'ici laissée un peu dans

l'ombre et l'auteur s'est attaché à l'élucider. L'examen des réactions des systèmes musculaire et nerveux n'a pas permis d'obtenir des conclusions fermes. Le pouls n'a pas subi de modifications chez 14 personnes, mais chez 2, il a été nettement augmenté 4 heures après un repas végétarien abondant, sans doute par suite de la réplétion du tractus digestif, provoquant une excitation cardiaque. Au point de vue de l'action épuisante d'un travail donné, les réactions individuelles ont varié, mais il semble que chez des sujets atteints d'affections cardiaques, le régime lactovégétarien fatigue souvent plus aisément le cœur que le régime carné.

La pression sanguine a été nettement diminuée chez 12 sujets par le régime végétarien.

L'étude de la viscosité de la masse sanguine n'a pas donné de résultats bien probants, mais toutes les expériences ont tré que le régime végétarien diminue la soif et le taux des urines : comme le poids spécifique de ces urines était augmenté, il y a lieu de penser que la viande contient une substance diurétique : l'urée étant plutôt augmentée dans les urines de végétariens, il est difficile d'admettre que ce soit elle qui joue un rôle dans ce phénomène. Une nouvelle série d'expériences démontra que c'était aux matières extractives de la viande qu'il fallait attribuer ces effets diurétiques en question : les œufs contiennent aussi un produit exerçant cette action, qu'il faut attribuer vraisemblablement à une irritation du parenchyme rénal, puisque la circulation sanguine est peu influencée par le changement de régime. Le poisson semble sous ce rapport agir d'une façon plus marquée que les autres viandes : on a donc tort de permettre cet aliment aux albuminuriques : sous ce rapport, il n'y a, d'un autre côté, aucune différence entre les viandes rouges et les blanches.

En résumé, ces recherches démontrent que la viande est surtout nuisible aux sujets atteints de néphrite chronique ; la diminution de la soif due au régime végétarien explique d'un autre côté pourquoi il est beaucoup plus facile d'instituer des cures antialcooliques chez les végétariens que chez les sujets mangeant de la viande.

Le végétarianisme n'est donc pas une simple fantaisie de sujets à mentalité bizarre : les médecins peuvent y trouver des indications thérapeutiques, à condition que des recherches minutieuses permettent de bien limiter les indications de ce mode d'alimentation.

E. Vogt.

L'Enésol, *par* M. L. Loquin (*Thèse de Paris*, 1906). — Le salicylarsinate de mercure ou énésol, est un composé mercuriel injectable, obtenu en traitant le salicylate basique de mercure en suspension dans l'alcool par l'acide méthylarsinique. L'élimination du sel se fait par les urines. Elle commence 2 heures environ après l'injection et se continue pendant 36 à 64 heures. L'auteur n'a relevé aucune altération rénale consécutive à l'emploi de ce produit. On peut donc, en examinant l'urine avant, pendant et après le traitement, administrer des doses assez considérables le cas échéant.

Les injections sont faites intra-musculaires, de préférence aux lieux d'élection en séries de 10, à raison d'une par jour, ou espacées, une piqûre de 0 gr. 06 tous les cinq jours. Les doses par injection peuvent varier de 0 gr. 03 à 0 gr. 06. La dose courante est de 0 gr. 03. Elles sont indolores et ne produisent aucune réaction inflammatoire. Elles sont dépourvues de toxicité et les quelques phénomènes de mercurialisation observés sont dus en partie à ce que les malades négligent les soins buccaux ordonnés en pareils cas.

Vu l'indolence des injections et leur nontoxicité, ce sel paraît devoir attirer l'attention en médecine infantile. La répétition ou la fréquence des injections, ainsi que le dosage, doivent être guidés par la marche même des accidents syphilitiques.

L'action de l'énésol paraît élective pour l'élément nerveux. Ses effets thérapeutiques doivent le faire classer dans la catégorie des bons sels mercuriels.

R. Blondel.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Le deuxième Congrès international pour l'assainissement et la salubrité de l'habitation se réunira à Genève, du 4 au 10 septembre 1906.

Le but que se proposent les organisateurs est de continuer les travaux inaugurés par le précédent Congrès qui s'est réuni en 1904, sur l'initiative de la Société Française d'Hygiène. Celui-ci ayant abordé et mis au point l'étude des questions générales qui ont trait aux différentes sortes d'habitations, le second se spécialisera, dans chaque branche, sur un certain nombre de points dont l'étude approfondie s'impose, tout en laissant la discussion ouverte sur les questions qui pourront être éventuellement posées sous forme de communication.

A. HABITATIONS FAMILIALES.

SECTION I. — *Habitations urbaines (bourgeoises).* — Parmi les sujets mis en discussion, nous pouvons, d'ores et déjà, indiquer la question du logement des domestiques, les dangers des habitations en sous-sol, les loges de concierges, les cuisines.

SECTION II. *Logements ouvriers.* — Dans cette subdivision, on recherchera la meilleure répartition dans les villes des logements ouvriers, des moyens d'en assurer l'assainissement et la salubrité, du rôle de l'initiative privée et des pouvoirs publics ; on parlera aussi des jardins ouvriers, de l'œuvre du coin de terre.

SECTION III. *Habitations rurales.* — Ici, on abordera la question du dépeuplement des campagnes, celle du logement des domestiques et ouvriers agricoles sédentaires ou nomades ; nécessité de s'en occuper au même titre que de ceux des ouvriers des villes. De la vulgarisation des règles d'hygiène dans les campagnes.

B. HABITATIONS ET LOCAUX COLLECTIFS

SECTION IV. *Habitations louées en garni, hôtels.* — Ce chapitre est d'une grande importance pour les pays visités par de nombreux touristes.

SECTION V. *Locaux hospitaliers.* — L'étude des conditions sanitaires exigées pour les hôpitaux, les asiles, les sanatoriums relève de cette section. On s'occupera des matières usées dans les hôpitaux et des moyens d'assurer leur innocuité avant évacuation.

SECTION VI. *Locaux militaires.* — Types actuels des casernes, conditions générales qu'ils doivent remplir par rapport aux climats et aux régions.

SECTION VII. *Salles publiques et locaux industriels.* — Mentionnons ici les installations hygiéniques des théâtres, des salles de concerts et de conférences, des tribunaux, des ateliers, des magasins, des usines.

SECTION VIII. *Locaux scolaires.* — Viciation de l'air des locaux scolaires publics et privés ; moyens d'y remédier. Les écoles suisses pourront sans doute servir de modèles et seront visitées avec profit par les congressistes étrangers. Des rapports concernant l'école-type et les internats esront présentés.

C. HABITATIONS MOBILES ET TEMPORAIRES

SECTION IX. *Moyens de transport.* — Des rapports spéciaux sur les voitures à voyageurs dans les chemins de fer, sur les tramways et les vaisseaux sont annoncés ; si des communications sur la voirie, la lutte contre la poussière et le transport des immondices sont présentées, elles seront ajoutées en appendice à cette section.

D. L'ART ET LA DÉCORATION DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ASSAINISSEMENT DE L'HABITATION

SECTION X. *Comment améliorer les conditions sanitaires des vieux quartiers ou des monuments du passé, tout en sauvegardant leur caractère pittoresque et artistique ?* — Ce titre s'explique de lui-même et répond à

une question qui se pose souvent dans l'esprit des artistes et des hygiénistes. On pourra suivre aussi l'évolution des arts décoratifs sous l'influence des progrès de l'hygiène.

E. ADMINISTRATION SANITAIRE

SECTION XI. *Législation, bureaux sanitaires, statistiques et casiers sanitaires.* — Cette section, qui s'occupera de la législation en matière d'hygiène, des règlements de police, des bureaux sanitaires, des statistiques des casiers sanitaires, aura à remplir la délicate mission de trouver une sanction aux principes édictés par les autres sections, d'étudier les mesures législatives prises par les différents pays et par les municipalités pour faire respecter par tous les principes d'hygiène les plus élémentaires, et examiner ce qui pourrait être fait, dans le cas où l'Etat aurait de la peine à intervenir.

A côté des séances des sections auront lieu des *séances générales*, qui réuniront tous les congressistes. Ces séances générales seront parmi les actes les plus importants du Congrès ; on y traitera des sujets très actuels, controversés même, qui ne manqueront pas de susciter des discussions nourries et serrées. Le Comité a choisi les trois sujets suivants :

I. *De la nécessité et des moyens de régler la transformation des îlots insalubres dans les villes.*

II. *De l'application des règlements sanitaires en matière de logements insalubres.*

III. *Des systèmes hygiéniques de chauffage collectif.*

En outre, pour ajouter aux travaux du Congrès un caractère de vulgarisation, des *conférences publiques* sont prévues, dans lesquelles seront traités des sujets actuellement à l'ordre du jour, tels que la lutte contre la tuberculose, etc.

Il a été prévu, par le Comité d'organisation, différentes *fêtes et réceptions :* un banquet au foyer du théâtre, une promenade en bateau sur le lac de Genève, suivie de l'embrasement de la rade, des excursions au mont Salève et à Chamonix, des visites aux environs de Genève, etc. Si le nombre des participants est suffisant, un *voyage en Suisse*, par train spécial, sera organisé, permettant aux congressistes de parcourir tout le pays et de s'arrêter dans les principales villes (Berne, Lucerne, Zurich, Schaffouse, Bâle, Neuchâtel, etc.).

Pour tous renseignements, s'adresser :

A Genève, à M. Albert Wuarin, secrétaire général du Comité d'organisation, 1, rue des Moulins ;

A Paris, à M. Marié-Davy, secrétaire général de la Commission permanente, 7, rue Brézin.

Hôpital Laënnec. — Conformément aux conclusions d'un rapport présenté par M. Navarre au nom de la 5e commission, le Conseil municipal de Paris a récemment pris une délibération par laquelle il émet l'avis qu'il y a lieu :

1° D'affecter pour partie l'hôpital Laënnec à l'isolement et au traitement des tuberculeux et de constituer, au moyen du service ainsi créé et d'un dispensaire spécial y attenant ainsi qu'avec le quartier spécial de Brévannes, un premier groupe affecté à la recherche, à l'isolement et au traitement des tuberculeux ;

2° Comme conséquence de cette affectation nouvelle d'une partie des salles de Laënnec, d'effectuer dans l'établissement un ensemble de travaux de restauration indispensables, travaux évalués suivant devis, après rabais escompté, à 467.525 fr. ;

3° D'exécuter dans la partie de Laënnec affectée aux tuberculeux les travaux de transformation et d'aménagement nécessités par la nouvelle utilisation des locaux, travaux évalués suivant devis, après rabais escompté, à 236.743 francs ;

4° De construire sur le terrain en bordure de la rue Vaneau un dispensaire spécial, et de réinstaller dans d'autres parties de l'établissement les services généraux (étuve, chantier, ateliers et magasins) qui devront faire place au dispensaire, ensemble de travaux évalués, après rabais escompté, à 221.340 fr. ;

5° D'inscrire au compte de l'opération une prévision de 220.000 francs pour l'ameublement et l'outillage des bâtiments affectés aux tuberculeux et du dispensaire, l'Administration ne devant faire emploi de ce crédit qu'après approbation du Conseil municipal sur le vu des devis ;

6° D'imputer la dépense, évaluée dans son ensemble, après rabais et tous frais compris, à 1.145.608 francs, jusqu'à concurrence de 645.608 francs sur le crédit de 1 million réservé pour l'isolement des tuberculeux (emploi des ressources dont la création a été autorisée par la loi du 7 avril 1903), et pour le surplus, soit 500.000 francs, sur une subvention spéciale que l'Administration est invitée à solliciter de l'Etat sur les fonds du pari mutuel.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales, sous la direction de MM. G.-M. DEBOVE, Doyen de la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Académie de médecine ; CH. ACHARD, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; J. CASTAIGNE, chef de Laboratoire à la Faculté. Médaille d'or des hôpitaux.

Ce *Manuel des maladies des reins et des capsules surrénales* arrive bien à point pour classer les nombreux travaux qui ont été publiés dans ces dernières années.

Les néphrites, l'albuminurie, l'urémie, ainsi que toutes les inflammations non spécifiques des reins ont été traitées par M. Castaigne. Il a demandé la collaboration de M. Feuillié pour les questions délicates de chimie urinaire, et il a résumt avec M. Rathery les travaux qu'ils avaient faits en commun sur l'histologie et la physiologie du tube contourné.

La syphilis et les tumeurs du rein, l'hydranéphrose et le rein flottant, ont été étudiées par M. Rathery. C'est ce même auteur qui a décrit la lithiase rénale en s'assurant la collaboration chirurgicale de M. Lavenant. Enfin, la pathologie des capsules surrénales est l'œuvre de MM. Lœper et Oppenheim. Ils ont pu ainsi, grâce aux connaissances qu'ils avaient antérieurement acquises, ajouter un chapitre véritablement nouveau à la pathologie.

On conçoit que, dans de telles conditions, tous les collaborateurs de ce Manuel étaient bien placés pour exposer d'une façon précise et en connaissance parfaite de cause, les travaux récents qui ont si profondément modifié la description des maladies des reins et des capsules surrénales, et l'on peut dire que la mise au point qu'ils en ont faite est excellente à tous égards. Tout en n'omettant d'exposer aucune des découvertes récentes, ils ont réussi cependant à faire un livre didactique et essentiellement pratique où le médecin trouvera les indications précises sur lesquelles on doit se baser pour porter un diagnostic et prescrire un traitement.

La Mélancolie, étude médicale et psychologique, par R. MASSELON, médecin adjoint de l'Asile de Clermont-de-l'Oise. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, 1 vol. in-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. 4 fr. (Félix Alcan, éditeur).

L'ouvrage a pour but l'étude analytique du syndrôme mélancolique.

Après avoir esquissé l'histoire des principales conceptions qui ont conduit à nos notions actuelles, et indiqué les diverses formes cliniques sous lesquelles se présentent les mélancoliques, l'auteur a fait l'étude analytique des troubles mentaix que présentent habituellement ces malades. De quels éléments psychiques sont constituées la dépression et la douleur morale ? Comment ces deux symptômes sont reliés l'un à l'autre Comment ils s'influencent l'un l'autre ? Telles sont les questions que M. Masselon a posées et qu'il s'est efforcé de résoudre. Enfin, comme le délire des mélancoliques présente des caractères nets, fixes, bien tranchés, il a montré comment il dérivait directement du fonds mental sur lequel il se développe.

Après cette analyse des phénomènes cliniques l'auteur aborde l'étude différentielle des états mélancoliques dans les diverses affections mentales et insiste plus particulièrement sur les cas de mélancolie dite essentielle qu'il appelle mélancolie effective. Il a exposé dans ce chapitre les dernières hypothèses soulevées par ce problème nosographique.

M. Masselon a conduit à cette dernière opinion l'étude des faits, il n'existe pas une mélancolie, il n'existe que des états mélancoliques. La mélancolie n'est pas une entité morbide, elle est un état psychologique que l'on observe dans des formes nosographiques très différentes.

PARIS. — G. CAMPROGER, 52, R. DE PROVENCE. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Faculté de Paris, Institut de médecine coloniale. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours durent environ deux mois et demi. La session de 1906 commencera le 15 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Peuvent s'inscrire : Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers. A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée. Parasitologie. Hygiène.* L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange). L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, à l'Ecole pratique. L'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin à 10 heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS : *Technique bactériologique et hématologique*, par le prof. ROGER (15 leçons et démonstrations pratiques. Stérilisation. Milieux de culture. Méthodes de coloration. Méthode de culture. Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. Analyse des matières fécales. Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

Parasitologie, par M. le prof. BLANCHARD (21 leçons et démonstrations pratiques). Analyse des matières fécales. Examen du sang de l'homme et des animaux. Parasites animaux. Parasites du sang. Fièvres palustres. Filaires. Bilharzia. Nématodes. Cestodes, etc. Animaux venimeux. Parasites végétaux. Mycoses.

Chirurgie des pays chauds, par M. MORESTIN, agrégé, chargé du cours (6 leçons à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée). 1° Considérations générales. Les hépatites ; 2° Traitement chirurgical des hépatites ; 3° La rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, ruptures). Lésions chirurgicales de la filariose (*suite*). La bilharziose. Le ver de Médine ; 5° L'éléphantiasis des Arabes ; 6° Bubon d'Orient. Aïnhum. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

Maladies des yeux dans les pays chauds, 4 leçons par M. le prof. DE LAPERSONNE (à l'Hôtel-Dieu). 1° Ophtalmies ; 2° Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-choroïdites infectieuses ; 3° Héméralopies. Les amblyopies toxiques ; 4° Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

Epidémiologie exotique, par M. le prof CHANTEMESSE (7 leçons et exercices pratiques). 1° Prophylaxie de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde (4 leçons) ; 2° Hygiène à bord (1 leçon) ; 3° Désinfection (2 leçons).

Pathologie et Hygiène tropicales, par M. WULTZ, agrégé, chargé de cours. Patholo-

gique exotique (17 leçons). Peste. Fièvre jaune. Choléra. Dysenterie. Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre récurrente. Fièvres paludéennes. Fièvre hémoglobinurique. Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre (distribution géographique et bactériologie). Béribéri. Aïnhum. Verruga. Pied de Madura. Maladie du sommeil, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons). — 20 exercices de diagnostic bactériologique appliqué aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

Affection de la peau, par M. le Prof. GAUCHER : 8 leçons de dermatologie tropicale ; 4 leçons par M. le Prof. Gaucher : Lèpre. Boutons d'Orient. Ulcère des pays chauds ; 4 leçons par M. JEANSELME, agrégé. Syphilis exotique. Pian ou framboesia. Dermatomycoses exotiques : tokelau ; caratés. Dermatoses produites par des parasites animaux. Hygiène de la peau sous les tropiques. Technique histologique et bactérioclinique appliquée à l'étude des maladies cutanées. La première leçon (par le Prof. Gaucher) aura lieu le mercredi 17 octobre, à 10 heures dum atin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique). Les 4 leçons de M. JEANSELME auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du laboratoire municipal).

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 20 fr. Un droit de bibliothèque, 10 fr Un droit de laboratoire, 150 fr. Deux examens, *gratuits.*

Envoyer les demandes, par écrit, au doyen de la Faculté de médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1). Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement
Par le Dr **F. Lagrange.**
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley,**
rofesseur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
vol. in-8° ..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par Allyre CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
vol. grand, in-8° avec gravures ..... 10 fr.

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE
(MANIFESTATIONS ET CHIRURGIE)
Par le Dr H. DURET
Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille
Un fort vol. gr. in-8 de 8 0 pages, avec 297 fig. dans le texte ..... 30 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DES TUMEURS BLANCHES (1)

Il est grand temps de vous indiquer la manière de faire le traitement d'une tumeur blanche par les injections intra-articulaires.

Je me suis attaché à ne vous donner dans ce 4e chapitre, que les notions pratiques nécessaires (mais suffisantes) pour mener à bien ce traitement.

Si vous êtes pressé, tenez-vous à la lecture de ces vingt pages de pratique pure. Lorsque vous aurez des loisirs, vous chercherez et trouverez dans le chapitre suivant (2) les longs détails sur le pourquoi de la technique indiquée ici, sur la manière dont les injections guérissent d'après les données de la bactériologie et de la clinique, sur la valeur respective des divers liquides modificateurs préconisés, et, en particulier, sur le naphtol camphré et sur les raisons qu'on a de s'en servir et la manière dont nous sommes arrivés aujourd'hui à assurer son innocuité sans rien lui enlever de son efficacité.

Les notions pratiques sur les injections intra-articulaires

1° Où on les fait. — Il est bien entendu que c'est dans la cavité de la jointure et non pas autour que vous faites vos injections.

2° Ce qu'on injecte. — Vous injecterez l'un ou l'autre des deux liquides modificateurs suivants :

Le 1er est un mélange à parties égales d'éther iodoformé à 10 0/0 et d'huile créosotée à 4 0/0.

En d'autres termes, un liquide composé de :

50 gr. d'huile,
50 gr. d'éther,
2 gr. de créosote,
5 gr. d'iodoforme.

(1) Extrait de : *Technique du traitement des tumeurs blanches par le* Dr F. Calot (*Paris, Masson et Cie, éditeurs*).

(2) Dans le chapitre V.

Le 2e liquide est un mélange de naphtol camphré dans la glycérine : 1 gramme de naphtol camphré pour 5 ou 6 gr. de glycérine. Mélange bien brassé dans un mortier avec un pilon ou bien agité vigoureusement dans un flacon au moment de s'en servir (1).

3° A QUELLE DOSE. — De ces deux liquides modificateurs (de ces deux mélanges) vous injectez de 2 à 12 grammes suivant l'âge des sujets (enfants ou adultes).

4° LES INDICATIONS DE CHACUN DE CES DEUX LIQUIDES. — Lorsqu'il s'agit d'une tumeur blanche avec épanchement, vous pouvez employer presque indifféremment l'un ou l'autre de ces liquides.

J'ai dit presque indifféremment ; cependant, si la fonte des fongosités est à peu près complète, ou bien, s'il s'agit d'hydartrose tuberculeuse, employez de préférence le mélange d'iodoforme et de créosote.

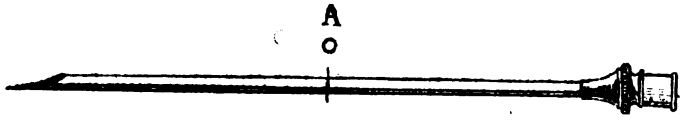


Fig. 1. — L'aiguille n° 4 (Collin) ; grandeur nature. A. son calibre

Si la fonte des fongosités n'est que très partielle, employez plutôt le naphtol camphré, sauf à finir par une ou deux injections du mélange d'iodoforme et de créosote.

Lorsqu'il s'agit d'une tumeur blanche fongueuse que vous voulez ramollir, vous vous servirez du naphtol camphré glycériné.

Si vous voulez simplement la scléroser, vous vous servez au contraire du mélange d'iodoforme et créosote. Mais il vaut mieux la ramollir que la scléroser (comme nous le dirons plus loin).

5° COMBIEN D'INJECTIONS. — Une dizaine en règle générale.

6° Les faire à 5 ou 6 jours d'intervalle les unes des autres.

7° La petite instrumentation nécessaire.

Vous devez avoir trois instruments : une aiguille, un aspirateur et une seringue stérilisables qui s'adaptent à l'aiguille.

Tous les médecins doivent être pourvus de ce petit outillage pour le traitement des tuberculoses externes.

a) LES AIGUILLES. — Pour une injection simple on peut prendre une aiguille numéro 1 de Collin, ou l'aiguille de la seringue de Pravaz.

(1) Les pharmaciens vous livreront un naphtol camphré plus ou moins limpide, ce qui peut faire varier un peu la proportion de glycérine nécessaire. — Le mélange est à point lorsqu'il est bien miscible à l'eau. Vous *devez vous en assurer avant chaque injection* en laissant tomber dans un verre d'eau une goutte du mélange. Si la goutte disparaît, c'est bien, mais si des glomérules de naphtol camphré apparaissent instantanément ou se forment après une minute d'attente, c'est que votre mélange de glycérine et de naphtol camphré n'est pas assez brassé ou que vous n'avez pas mis une assez forte proportion de glycérine. Vous en ajoutez ou vous refaites le brassage jusqu'à ce que vous ayez un nouveau mélange ne laissant pas de sphérules de naphtol camphré dans l'eau.

Mais le véhicule de la substance active de l'injection est assez souvent de l'huile ou de la glycérine, et c'est un fait dont il faut tenir compte dans notre choix. En pareil cas nous prenons une aiguille numéro 2 de Collin.

Lorsque l'inpection est précédée d'une ponction, il faut se servir d'une aiguille n° 4, qui n'est ni trop grosse, pour ne pas risquer une fistule ; ni trop petite pour qu'elle puisse laisser s'écouler le pus épais ou grumeleux.

b) L'ASPIRATEUR. — Prenez un petit aspirateur du modèle que Collin a construit sous mon nom et que voici figuré : il est très commode, très simple et très solide ; il a une contenance de huit à dix centimètres cubes, et cela suffit, en le vidant, au besoin, plusieurs fois (fig. 2).

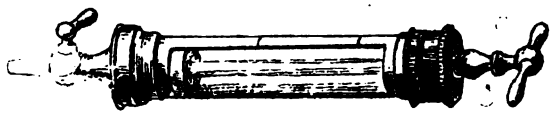


Fig. 2. — L'aspirateur Calot (Collin), d'une capacité de 10 centimètres cubes

c) LA SERINGUE. — Prenez une seringue en verre de Collin ou de Luër, ou même une seringue quelconque facile à stériliser, s'adaptant à l'aiguille n° 4.

Si vous avez, comme nous, un grand nombre de malades à ponctionner dans la même séance, auquel cas l'on ne peut guère stériliser le tout de nouveau pour chacun d'eux, je vous recommande d'avoir plusieurs aiguilles n° 4, et plusieurs de ces petites pièces intermédiaires (fig. 3) fabriquées par Collin ; elles s'adaptent à l'aiguille, à l'aspirateur et à la seringue et permettent d'éviter d'un malade à l'autre la souillure de la seringue. On prend une de ces pièces intermédiaires pour chaque aspiration et une autre pour chaque injection.

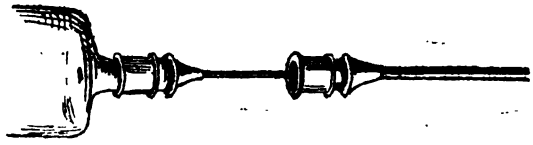


Fig. 3. — Si la seringue qu'on a, ne s'adapte pas à l'aiguille, n° 4, on prend une fine aiguille intermédiaire

Ajoutez à ce matériel si simple ce qu'il faut pour faire l'anesthésie locale, à savoir : un tube de chlorure d'éthyle ou de coryl.

Au total vous aurez (en plus de ce tube) :

1° Un aspirateur ;

2° Deux ou trois aiguilles n°s 1, 2, 3 et 4;

3° Une seringue stérilisable ;

4° Deux pièces intermédiaires.

MANUEL OPÉRATOIRE

Il nous paraît préférable d'exposer la technique en prenant successivement les trois cas qui peuvent se présenter : tumeur blanche avec épanchement, tumeur blanche sans épanchement, et tumeur blanche déjà fistuleuse.

1° La technique dans les tumeurs blanches avec épanchements

Traiter une tumeur blanche avec épanchement articulaire, ou un abcès froid, par les ponctions et les injections, est une chose à la fois simple et délicate. Je vois tous les jours des médecins qui n'y arrivent pas et qui se croient obligés finalement d'ouvrir ou de laisser s'ouvrir la collection purulente. *Cela provient uniquement de ce que leur technique est défectueuse.*

Il est donc indispensable d'entrer dans quelques détails sur cette technique, qu'il faut, de toute nécessité, connaître parfaitement.

Dès que vous avez trouvé la collection à ponctionner, vous lavez la peau en cet endroit, sur une large étendue avec un tampon à l'alcool, à l'éther, puis à la liqueur de Van Swieten (finir par le sublimé). Un aide pulvérise alors du chlorure d'éthyle sur le point le plus facilement accessible, que vous lui indiquez. Dès que la petite place est blanche, par une pression soutenue vous enfoncez l'aiguille jusqu'à la profondeur où vous pensez que se trouve le liquide purulent.

On a généralement, dès qu'après avoir traversé les tissus solides on arrive sur le liquide, une sensations spéciale. Parfois une gouttelette de pus vient sourdre à l'extrémité de l'aiguille, mais pas toujours. Dans les deux cas vous adaptez à l'aiguille l'aspirateur, dans lequel le vide a été préalablement fait par un aide ; l'adaptation terminée, vous tournez le robinet de l'aspirateur : aussitôt le pus fait irruption dans celui-ci.

Si le pus est en petite quantité et est évacué par une seule aspiration, vous n'avez plus qu'à injecter le liquide modificateur avec votre seringue préalablement chargée de ce liquide.

S'il reste du pus, vous videz l'aspirateur et, après y avoir de nouveau fait le vide, vous le replacez sur l'aiguille, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le pus soit entièrement évacué.

A quel signe reconnaît-on que la cavité articulaire est vidée ? — A ce que le pus ne vient plus dans l'aiguille (s'assurer qu'elle n'est pas bouchée par un grumeau, en y poussant quelques gouttes d'eau stérilisée), et à ce que le pus est venu à la fin légèrement teinté de rose. Il faut aussitôt enlever ou fermer l'aspirateur. Il vaut même mieux ne pas attendre le moment où le pus va se teinter, c'est-à-dire qu'il ne faut pas faire saigner.

Pourquoi donc recourir à l'aspiration qui favorise ce saignement ?

Parce que : 1° C'est une aspiration très faible que celle d'un appareil de 8 à 10 centimètres de capacité ;

2° On peut l'atténuer encore en n'ouvrant qu'à moitié le robinet de l'aspirateur ;

3° Grâce à cette toute petite aspiration, on évite la compression qu'il faudrait presque toujours faire sur le cul-de-sac de la synoviale avec les mains pour amener l'écoulement du pus. Or, ces malaxations exposent bien plus au saignement de la paroi que notre petite aspiration.

En un mot, il faut un peu d'aspiration, très peu : de cette manière, on met bien davantage à l'abri d'un traumatisme quelconque la paroi de la cavité articulaire.

Disons tout de suite que si ce saignement n'est pas désirable, il n'est jamais inquiétant. Lorsqu'il se produit vous retirez immédiatement l'aiguille et faites la compression de la région pendant cinq à dix minutes avec un large tampon.

S'il faut éviter de faire saigner, c'est surtout pour éviter tout danger possible d'inoculation.

Vous recommencez tous les cinq à six jours environ cette petite opération, piquant chaque fois en un nouveau point, pour ne pas risquer de favoriser la production d'une fistule.

Si le pus revient trop abondant, vous faites une ponction évacuatrice sans injection consécutive. En d'autres termes, vous faites alors une injection pour deux ponctions.

Après avoir fait environ dix à douze *injections* (je ne dis pas ponctions : il y a quelquefois beaucoup plus de ponctions que d'injections, pour la raison que je viens de donner), le liquide que vous retirez n'est plus du pus, mais un mélange de sérosité brune et de liquide modificateur, parfois un peu teinté de rose. La paroi étant assainie et avivée, saigne plus facilement à la fin qu'au début de la période des ponctions ; mais cela n'a plus les mêmes petits inconvénients qu'aux premières ponctions, car à la fin le liquide n'est plus virulent.

Lors donc que le liquide à évacuer se sera modifié suffisamment, ce qui arrive souvent dès la huitième ou neuvième injection, on ne fera plus d'injection. L'évacuation terminée, on comprime la région articulaire avec des bandelettes d'ouate hydrophile entrecroisées, pour favoriser la cicatrisation de la paroi ; cette compression sera faite méthodiquement, depuis l'extrémité du membre jusqu'au-dessus de la jointure atteinte, avec cette ouate et des bandes Velpeau, qui sont souples et légèrement élastiques.

Si la ponction s'est faite à travers une petite fenêtre pratiquée dans l'appareil plâtré, on bourre d'ouate l'ouverture de la fenêtre et on maintient avec une bande roulée par-dessus l'appareil, mais après avoir vérifié que tous les recoins de la synoviale sont bien atteints par la compression et que le pus ne peut pas fuser dans les parties non comprimées.

On laisse cette compression en place quinze à vingt jours ; après quoi on y regarde pour la vérifier et la compléter au besoin par l'adjonction de quelques nouveaux carrés d'ouate.

On profite de l'occasion pour s'assurer que le liquide ne s'est pas reproduit, et pour l'évacuer s'il y en a, si peu que ce soit ; puis on fait une nouvelle compression, qui durera encore de quinze à vingt jours, au bout desquels on en refait une troisième et même une quatrième pour la même durée ; soit en tout deux à trois mois de compression après la dernière ponction.

La guérison de la collection articulaire s'obtient toujours de cette façon entre mes mains ou entre les mains de mes internes.

Pour arriver à des résultats aussi constants, il faut avoir une très grande habitude de ce traitement. Je dois signaler aux médecins moins exercés quelques difficultés qui peuvent se présenter et qu'il est bon de connaître à l'avance pour en avoir vite raison.

1° Pourquoi la collection purulente ne se tarit pas. — Parce qu'on a continué trop longtemps les injections, parce qu'on n'a pas su, après la onzième ou la douzième, les cesser complètement et ne plus faire, à partir de ce moment, que des ponctions évacuatrices à six ou sept jours d'intervalle, et sans injections consécutives ; ou encore parce qu'après la dernière de ces ponctions supplémentaires, on n'a pas su faire une bonne, méthodique et forte compression sur la région articulaire, c'est-à-dire qu'on n'a pas su amener l'accolement exact de tous les culs-de-sac de la synoviale, sans « points morts ».

2° Pourquoi la tumeur blanche suppurée s'infecte. — Parce qu'on a fait une faute d'antisepsie : la peau du malade, le chirurgien, les instruments, le liquide de l'injection, les objets de pansement doivent être parfaitement aseptiques comme s'il s'agissait d'une laparotomie.

3° Comment peut se produire une fistule et le moyen d'éviter la fistulisation.

a) L'aiguille doit être petite : le n° 3 ou le n° 4 de Collin, tel est le calibre voulu. On se sert généralement d'un trocart trois ou quatre fois plus gros. C'est une imprudence grave qui peut causer la persistance de l'ouverture, c'est-à-dire une fistule (voir obs. 36, page 184).

J'ai eu un interne qui se servait de préférence de l'aiguille n° 5 ou n° 6, parce qu'elle n'est jamais oblitérée, sans doute, par des grumeaux caséeux : il a eu plusieurs fistules. Je ne me sers plus que du 4. Et même le n° 3 suffit lorsque le contenu de la cavité est très liquide (dans le cas d'hydarthrose tuberculeuse).

Si des grumeaux caséeux bouchent parfois l'aiguille, on y pousse avec force quelques gouttes du liquide modificateur qui rejettent dans la cavité ces débris caséeux, et on voit l'écoulement du pus reprendre.

Je ne fais pas de grands lavages à la suite de la ponction, pour ne pas risquer d'infecter mon malade et pour ne pas prolonger la séance.

Si tout est prêt à l'avance, la durée de la ponction et de l'injection est d'une minute et même moins. Ceci est important, car si on laissait trop longtemps l'aiguille dans l'orifice, il se fermerait plus difficilement. Donc, l'aiguille sera petite et l'intervention très courte.

b) Autre précaution à prendre tendant au même but : ne pas piquer à chaque nouvelle ponction sur le même point, pour ménager la peau.

c) Pour modérer la sécrétion de la paroi, parfois très abondante, qui se fait sous l'action du liquide modificateur, en particulier du naphtol camphré, on n'en injectera que la moitié de la dose indiquée dans le chapitre précédent ; une réplétion excessive pourrait être une cause d'ouverture par l'orifice de la ponction.

Lorsque la tension de la peau est trop grande, on fait une ponction évacuatrice

sans injection consécutive, ou bien encore, comme nous l'avons dit, on ne fait qu'une injection sur deux ponctions.

d) Après la ponction et l'injection, on applique par-dessus l'orifice un véritable pansement aseptique, plutôt qu'une couche de collodion, lequel n'empêche pas toujours l'infection.

Les débutants voyant, après une ou plusieurs injections, la peau tendue, peut-être déjà rougie et annonçant une ouverture imminente, croient la bataille perdue et cette ouverture inévitable. Ils s'y résignent et la laissent se faire spontanément, ou bien ils donnent un coup de bistouri pour la provoquer eux-mêmes, pensant qu'une incision franche vaut mieux que l'ouverture spontanée ce qui ressemble un peu à la politique de Gribouille. Et désormais, à qui leur parlera de la méthode ils diront hardiment : « Je la connais ; elle ne vaut rien, elle n'empêche pas l'ouverture. »

Quelle erreur !... Pourquoi ne veulent-ils pas entendre ce que j'ai dit et redit à satiété, ce que je vais encore répéter pour eux ?

Généralement cette modification de la peau, qui rend l'ouverture de la collection articulaire immédiatement menaçante, vient de la tension causée par le liquide. Pourquoi donc au lieu de renoncer à lutter, ne pas tenir la conduite suivante, qui est si simple ?

En un point non encore altéré de la peau, on introduit l'aiguille ; on vide la poche complètement ; on ne fait pas d'injection, et on applique, par-dessus, un pansement légèrement compressif à l'aide d'un ou plusieurs tampons et d'une bande Velpeau.

On vérifie l'état de la peau une seconde fois le jour même : si le liquide s'est reproduit, on l'évacue encore par un autre orifice que le précédent, toujours sans injection consécutive. On recommence le lendemain et le surlendemain, se résignant à voir le malade deux ou trois fois par jour jusqu'à ce que la peau, qui était rouge et mince, ait repris une consistance et une coloration sensiblement normales.

Lorsque je dis aux parents qui me parlent d'une tumeur blanche suppurée : Hâtez-vous ; si vous venez me voir avant que la collection soit ouverte, je réponds de tout ; si vous venez après, je ne réponds de rien », cela veut dire — non seulement qu'il y a un abîme entre les tuberculoses ouvertes et les tuberculoses fermées, mais encore que, si l'ouverture n'est pas déjà produite, lors même qu'elle paraîtrait inévitable aux parents et à leur médecin, je saurai l'éviter quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. Et lorsque les parents m'ont averti que cette ouverture est considérée par tous les médecins comme absolument inévitable, je fais, dès l'arrivée du malade, sans perdre une heure, une ponction évacuatrice, — non suivie d'injection, bien entendu, — et je la répète encore une ou deux fois ce même jour. Après avoir continué ce traitement, dans certains cas, jusqu'à huit et douze jours, je constate que la peau s'est raffermie ; et au quinzième jour, par exemple, je me trouve en présence d'une collection purulente ordinaire que j'arriverai à tarir en deux mois environ.

Dans les cas où tout le monde vous pressera d'inciser, dirai-je donc aux médecins, vous n'en ferez rien, sachant bien que le mal que vous causeriez ainsi par une minute de précipitation mettrait un an, deux ans et plus, à se réparer, si tant est qu'il

se réparât jamais, tandis que vous pouvez arriver à la guérison sans incision, avec un peu d'attention et de ténacité.

Malheureusement les médecins sont généralement les plus difficiles à convaincre, et il arrive tous les jours que des praticiens qui se déclarent partisans de la méthode des ponctions et des injections, ouvrent les abcès froids ou les tumeurs blanches suppurées, estimant que, dans le cas particulier qu'ils ont sous les yeux, la peau est déjà trop amincie et trop rouge pour qu'on puisse éviter cette ouverture ; dès lors, ai-je dit, ils préfèrent une ouverture franche au bistouri, à l'ouverture spontanée par éclatement de la peau.

Eh bien, non ; la règle que je pose ne doit jamais fléchir. Elle n'admet pas une seule exception. Il ne faut jamais désespérer de sauver la peau, même la plus compromise en apparence, ni d'empêcher l'ouverture dans les cas où cette ouverture paraît le plus inévitable.

J'ai cité dans le premier fascicule de ce traité des exemples cliniques venant à l'appui de ce que je dis (voir page 129 de mon livre de la Coxalgie).

Le succès dépend donc exclusivement du médecin. Parmi mes internes, j'en ai eu qui ne savaient pas éviter toujours l'ouverture, et d'autres qui y réussissaient à tous coups.

Mais en pareil cas, il est nécessaire d'avoir le malade près de soi, de manière à le visiter deux et trois fois par jour au besoin.

Tout ce que je viens de dire s'applique également à tous les abcès froids qui avoisinent l'articulation malade, soit qu'ils communiquent avec la jointure, soit que cette communication n'existe pas, ou plutôt n'existe plus.

En ce dernier cas, si vous êtes sûr que l'abcès est indépendant, — et vous le reconnaîtrez à ce qu'un liquide diffusible, comme l'éther iodoformé, par exemple, introduit dans l'abcès, ne gonfle pas la grande cavité articulaire ou inversement, — vous ferez, bien entendu, les injections dans l'abcès, mais vous ferez aussi une série parallèle d'injections dans la cavité de la jointure, pour être assuré d'avoir atteint tous les tissus malades.

2° Injections dans les tumeurs blanches sans épanchement

Nous devons distinguer, au point de vue de la technique, les deux cas suivants :

a) Le cas où la cavité synoviale est conservée (tumeur blanche récente) ;

b) Le cas où elle est cloisonnée, détruite par places (vieilles arthrites, traitées avec ou sans le repos depuis cinq, huit, dix ans, mais qui ne guérissent pas, conservant de petits foyers multiples et souvent isolés).

a) Cavité synoviale conservée et a peu près libre. — Il est toujours facile d'y introduire le liquide modificateur.

On choisit, pour y pousser l'injection, la partie de la cavité articulaire qui est le plus facilement accessible. Nous verrons quels sont les points d'élection pour chaque articulation (3e partie).

Parfois, exceptionnellement, la place de l'injection est déterminée, en dehors des points d'élection, par la présence, en un autre endroit, d'un amas de fongosités exubérantes.

On fait faire une pulvérisation au chlorure d'éthyle, sur la place choisie. Dès que la peau est blanche, on plante l'aiguille d'un coup sec jusqu'à la cavité articulaire ; — on sent très bien au demi-enclavement de la pointe de l'aiguille si l'on est en place. On attend quelques secondes pour voir s'il ne vient pas de sang. Si cela saigne, il vaut mieux enlever l'aiguille et la reporter dans un autre point de la cavité, et si cela saigne encore, on remettra l'injection au lendemain.

S'il n'y a pas de sang, on adapte la tubulure de la seringue à celle de l'aiguille et on pousse lentement son injection, en dix à vingt secondes. — Cela fait, on retire l'aiguille et la seringue d'un coup. On place un tampon sur l'orifice, puis on le remplace par un pansement aseptique légèrement compressif, et tout est dit.

(*A suivre.*)

LE CANCER CONSIDÉRÉ COMME MALADIE CONSTITUTIONNELLE

par le Docteur Romain **VIGOUROUX**

Médecin en Chef de l'Institut Municipal d'Électrothérapie de la Salpêtrière

L'objet de cette note est de prouver qu'il existe dans le cancer une maladie constitutionnelle, une dyscrasie, dont le néoplasme est le résultat et non la cause. La nécessité d'admettre qu'il y a dans le cancer quelque chose de plus que la tumeur, ressort de nombreux faits cliniques. La tumeur et ses conséquences directes ne suffisent pas à rendre compte de l'évolution d'une affection cancéreuse. C'est ce qu'on peut voir dans certains cas de cancer du sein où le néoplasme est de petit volume, peu ou point ulcéré, sans réactions ou complications apparentes. Néanmoins l'état général est grave ! aspect cachectique, anorexie, affaiblissement graduel, quelquefois névrite, plus souvent des troubles sensitifs et moteurs de forme spéciale sur lesquels je reviendrai plus loin et enfin, après quelques semaines, terminaison fatale.

Dans les cas de ce genre, qui sont loin d'être rares, l'aggravation de l'état général semble bien indépendante des conditions où se trouve la tumeur. Il est vrai que pour l'expliquer, on pourrait faire intervenir les produits toxiques sécrétés par les cellules cancéreuses. Cette interprétation devient impossible si l'on remarque que les mêmes phénomènes se produisent également après l'ablation de la tumeur. Je les ai constatés avec les mêmes caractères et la même terminaison, plusieurs semaines et même plus d'un an après une opération radicale sans récidive et dans d'autres cas où existait une récidive à peine indiquée.

Il est difficile de ne pas admettre, dans ces faits, une maladie générale indépendante de l'état de la tumeur. Cette indépendance peut se montrer d'une façon encore plus frappante. Dans le cancer de l'estomac, par exemple, une tumeur traitée par les rayons X a diminué de volume au point même de ne plus être perceptible à la palpation, la douleur et les troubles fonctionnels ont disparu, le moral se relève. Mais malgré cette grande amélioration locale et fonctionnelle, la dépression des forces s'accentue, les troubles moteurs et sensitifs dans des régions éloignées de l'épigastre s'exaspèrent et la mort survient.

Les faits de ce genre peuvent rendre compte de la publication prématurée de certaines guérisons de cancers viscéraux. Ils sont intéressants encore à un point de vue plus important, en montrant pourquoi les rayons X, l'intervention chirurgicale ou tout autre traitement local, même lorsqu'il supprime le néoplasme, reste sans influence sur l'issue de la maladie et ne peut retarder l'échéance fatale. C'est que la maladie générale n'a pas été traitée, et c'est cela qu'il aurait fallu faire avant tout.

Qu'est exactement cette maladie ou dyscrasie cancéreuse ? La question est en grande partie du ressort de la chimie biologique. En attendant sa réponse, nous devons nous contenter des données et rapprochements fournis par la clinique. C'est surtout dans les antécédents héréditaires et personnels des malades que nous pourrons trouver l'origine de la dyscrasie.

Cancer et arthritisme. — On a depuis longtemps noté la relation entre le cancer et les affections du groupe arthritique. Mes observations confirment cette manière de voir. Chez tous les malades que j'ai examinés au point de vue des antécédents, j'ai constaté plusieurs des manifestations habituelles de l'arthritisme : migraine, hémorroïdes, affections de l'appareil hépatique, lithiase biliaire, gravelle, dyspepsie, diabète, emphysème pulmonaire, cardiopathies, hystérie, etc.., toutes ces affections persistant et s'aggravant pendant l'évolution cancéreuse. On peut objecter à cela que la coïncidence est fortuite et due simplement à ce que l'âge auquel les manifestations arthritiques sont le plus fréquentes, est précisément celui où se montre le plus le cancer. Mais si cette coïncidence ne prouve pas le caractère arthritique du cancer, elle est au moins une présomption en sa faveur. Il y a d'ailleurs quelque chose de plus qu'une simple coïncidence, car les malades présentaient un arthritisme plus prononcé que ne le comportait leur âge et d'autre part on ne trouvait pas chez eux d'autres maladies, la tuberculose par exemple que, d'après

l'âge seul, on aurait dû rencontrer. Donc, non seulement le cancer est arthritique, mais il l'est exclusivement.

De plus, on peut constater que cette relation entre le cancer et l'arthritisme est plus marquée pour certaines affections du groupe, notamment pour le rhumatisme chronique. Elle est tout à fait remarquable dans quelques-unes de nos observations dont le type ci-après pourra donner une idée : Pendant une longue période avant la première apparition du cancer, quelquefois depuis l'adolescence, le malade a été sujet à des douleurs revenant par crises et de nature évidemment rhumatismale ; rhumatisme coxo-fémoral, scapulo-huméral, des muscles du tronc ou des épaules, névralgies sciatique, intercostale. Ces crises sont séparées par des intervalles pendant lesquels la santé n'est pas troublée. Elles continuent à se montrer après le début de l'affection cancéreuse, puis à un certain moment les douleurs changent de caractère. Elles deviennent intenses au point d'exiger l'emploi de la morphine à haute dose. En même temps elles s'accompagnent de parésies ou paralysies tantôt flasques, tantôt et plus souvent spasmodiques. Cet état persiste pendant plusieurs semaines et se termine par la mort. Chose remarquable, pendant ce temps le néoplasme est dans un état plutôt satisfaisant.

Cette marche n'est pas identique pour tous les cas. Les accidents paralytiques et spasmodiques n'aboutissent pas toujours à une terminaison fatale ; ils peuvent disparaître pour un certain temps, des semaines et des mois, et reparaître dans une autre région. Lors de leur première apparition, ils présentent une certaine mobilité et ne se fixent que plus tard. (Ces détails rendent peu probable l'intoxication par les sécrétions de métastases non soupçonnées).

Ces troubles nerveux ont déjà été signalés. Mais on les attribuait à une métastase rachidienne donnant lieu à des compressions ou irritations de racines, etc., en un mot à une sorte de mal de Pott cancéreux. Interprétation qui n'était pas toujours appuyée sur l'autopsie. D'autres explications peuvent être proposées, par exemple l'infiltration des troncs nerveux par les cellules cancéreuses, ou encore la névrite par intoxication. A noter aussi l'importante constatation faite par Lubbarsch d'altération des cellules des cordons postérieurs dans le cancer.

J'insisterai sur quelques points et d'abord sur l'apparence nettement rhumatismale de ces troubles pendant la plus grande partie de leur existence, c'est-à-dire avant le début du néoplasme et pendant une plus ou moins longue période après. On ne peut nier que, dans ces conditions, le cancer se développe sous l'influence de la dyscrasie particulière au rhumatisme chronique. J'ai appris récemment que M. le professeur Teissier de Lyon est arrivé, par des voies un peu différentes, à admettre la nature rhumatismale du cancer. Mais tous les cancers ne peuvent pas se ramener à ce type.

D'autre part on doit reconnaître qu'il existe de nombreuses analogies entre le rhumatisme chronique et le cancer : même âge, même influence des causes morales déprimantes, du froid humide, voisinage des cours d'eau, forêts, terrains non perméables, etc... on pourrait ajouter même facies.

Un autre point à faire ressortir est celui-ci : il n'y a pas de démarcation nette

entre les manifestations évidemment rhumatismales du commencement et les troubles nerveux de la fin. Ceux-ci sont la continuation des premiers ; ils en procèdent par simple exagération des symptômes et il est impossible de préciser le moment où commence cette exagération.

Relation du cancer avec les affections du foie. — A peu près autant que le rhumatisme, les affections de l'appareil hépatique entrent dans la prédisposition au cancer et le compliquent lorsqu'il est formé. On les trouve largement représentées dans les antécédents et dans le cours de la maladie. Beaucoup de malades ont eu des coliques hépatiques ou présentent une teinte subictérique. Dans le cours de la maladie, on observe souvent des selles fétides et de couleur mastic. J'ai aussi vu plusieurs cas d'ictère sans que, comme l'a montré l'évolution ultérieure, le foie fût le siège d'un cancer secondaire. Enfin, un assez bon nombre de malades ont déclaré qu'ils avaient toujours été de gros mangeurs.

On a signalé l'extrême fréquence de l'épithéliome du foie dans la lithiase biliaire. On pourrait conclure de ce rapprochement que la présence de la bile dans le sang et par suite dans les humeurs de l'organisme, favorise le développement du cancer.

Peut-être aussi cette influence des troubles hépatiques doit-elle se confondre dans une certaine mesure avec celle du rhumatisme, car on sait que les affections des voies biliaires sont fréquemment de nature rhumatismale.

Autres affections arthritiques. — Les affections du cœur et des poumons sont fréquentes soit dans les antécédents, soit comme affections intercurrentes.

Je mentionnerai encore la goutte, le diabète et enfin les névroses arthritiques, surtout l'hystérie comme prédisposant au cancer et le compliquant ensuite.

Symptômes de la dyscrasie cancéreuse. — On comprend qu'avec la foule d'états morbides qui précèdent et compliquent le cancer, les symptômes propres de celui-ci doivent être facilement masqués. L'élément qui absorbe l'attention est le néoplasme, ainsi que les complications qu'il entraîne. Ensuite viennent les diverses maladies intercurrentes dont l'éclosion est favorisée par l'affaiblissement de l'organisme. En sorte que généralement, le cancer arrive à la fin de son évolution sans avoir jamais laissé voir un caractère qui lui soit propre. Je parle du cancer, maladie générale. Même ce qu'on appelle la cachexie cancéreuse n'offre, ainsi que le fait remarquer Mr Klippel, rien de spécial. Elle n'est que l'ensemble des accidents provoqués par le néoplasme, mais ces accidents sont d'ordre banal : hémorrhagies, suppurations, infections, intoxications, etc.

Provisoirement la symptomatologie de la dyscrasie cancéreuse se réduit à deux éléments : 1° la dépression des forces en tant qu'elle n'est pas expliquée par les complications ou par les affections intercurrentes ; 2° les troubles nerveux ultimes signalés plus haut et auxquels il faut ajouter les névrites.

Pathogénie. — La pathogénie du cancer se résume en deux termes : diathèse prédisposante et d'autre part irritation chronique locale de nature quelconque, mécanique, chimique, thermique, même organique. Je crois devoir citer un cas type, montrant bien l'importance respective des deux éléments. On sait depuis quelques années que la dermatite chronique résultant de l'emploi trop répété ou mal réglé des rayons X, est une de ces irritations qui peuvent provoquer le développement du cancer. On a publié divers exemples de ce fait, notamment à l'étranger. Parmi ces derniers se trouve le cas d'un physicien que j'ai eu l'occasion d'observer. Il s'était adonné avec beaucoup d'assiduité à l'expérimentation des rayons X et il avait contracté une dermatite chronique qui avec le temps devint cancéreuse et finit par entraîner sa mort. Or plusieurs assistants partageaient ses travaux et lui seul fut atteint gravement. J'ai cru voir la raison de cette exception dans le fait que le physicien était depuis longtemps diabétique et par suite prédisposé. On voit ici l'importance dominante de la diathèse fournissant en quelque sorte les matériaux du néoplasme et les conditions de milieu nécessaires à son développement, tandis que l'agent irritant ne fait qu'en déterminer le siège.

Les cas du genre de celui qui vient d'être rapporté ont donné lieu dans le public même médical à des interprétations erronées qu'il y aurait inconvénient à laisser subsister. On a dit et cru que les rayons X donnent le cancer et de là est résultée une aversion bien concevable pour leur emploi thérapeutique. Or les rayons X ne provoquent pas le cancer, bien au contraire. De même que tous les agents physiques, ils peuvent servir à produire une irritation chronique, mais ils se distinguent de tous ces agents en ce que, bien maniés, ils constituent le seul traitement efficace contre la plupart des cancers et beaucoup d'autres affections. D'ailleurs, il n'y a pas de cancer possible sans une prédisposition spéciale. C'est bien prouvé par les greffes expérimentales.

Nature. — Le cancer est donc une maladie générale ou constitutionnelle et la tumeur cancéreuse qu'on a jusqu'à présent considérée exclusivement n'en est que la manifestation locale. Et cette maladie constitutionnelle, ou diathèse, est analogue à l'arthritisme. On peut supposer que la modification humorale qu'elle implique agit sur les cellules et accroît leur pouvoir éventuel de segmentation. Peut-être aussi la prolifération déréglée qui constitue la tumeur maligne, n'est-elle que le processus d'élimination de quelque principe morbide. Le fait est que dans les cas où la maladie générale ou diathèse cancéreuse est manifestée par les troubles nerveux et la perte des forces, la tumeur présente une activité très diminuée et ses accidents sont réduits au minimum. En un mot, il existe une sorte de balancement et de compensation entre les troubles locaux et l'état général. Comme si une substance toxique cessant d'être éliminée ou neutralisée par la tumeur, se portait soit sur la moelle en déterminant les phénomènes spasmodiques et paralytiques et la dépression des forces, soit sur l'encéphale pour donner lieu à une psychose cancéreuse.

La pathogénie que je viens d'indiquer pour le cancer est aussi celle de toutes les

tumeurs. Comme on l'a dit, les tumeurs dites malignes ne diffèrent des autres que par le degré. Cette analogie ne devra pas être perdue de vue dans le traitement soit curatif, soit prophylactique.

Les considérations qui précèdent sont indépendantes de la nature du processus néoplastique et ne le préjugent en rien. Que ce processus soit microbien ou toxique, c'est en réalité d'importance secondaire. L'essentiel à connaître, ce sont les conditions qui lui permettent ou l'empêchent de s'effectuer.

On entrevoit facilement les conséquences pratiques qui résultent de cette manière de voir. La principale est l'insuffisance d'un traitement purement local du cancer. On se trouve autorisé à demander, comme on l'a déjà fait, si l'intervention chirurgicale peut prétendre à une influence favorable quelconque sur l'évolution de la maladie cancéreuse. Non que je veuille proposer de ne plus recourir qu'au traitement médical, mais simplement de renoncer aux exagérations opératoires et de combiner les médications externe et interne.

Quant à la nature de cette médication interne, les rapprochements indiqués plus haut montrent suffisamment dans quel sens elle devra être dirigée. Le point essentiel pour l'instant est que le cancer ne doit plus être une maladie exclusivement chirurgicale.

Paris, le 31 juillet 1906.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

La glande thyroïde dans l'obésité, par J. HOYTEN (*Brit. med. J.*, 28 juillet 1906). — L'action de la glande thyroïde dans l'obésité dépend de l'âge et du sexe du malade, et aussi de la préparation employée. Les jeunes gens des deux sexes ne présentent, en général, aucune tendance à perdre du poids, même lorsque le traitement thyroïdien est suivi pendant quelques mois. D'un autre côté, les femmes entre 25 et 45 ans sont rapidement influencées par le traitement et perdent vite du poids, tandis que les résultats sont incertains chez les hommes du même âge. Les meilleurs résultats sont obtenus chez les femmes de 35 à 45 ans. L'auteur s'appuie, pour émettre ces conclusions, sur plus d'une centaine de cas. Les tissus jeunes, d'une croissance normale, semblent résister à l'action de la thyroïde et avoir le pouvoir d'accumuler quand même des quantités de graisse. Ce n'est que par un régime sévère que l'on peut obtenir quelque diminution de poids. Chez les adultes, la perte de poids commence à la fin du troisième ou du quatrième jour, et cette perte atteint, en général, 2 livres 1/2 à 4 livres à la fin du septième jour. La diminution de poids se poursuit tant qu'on continue le traitement thyroïdien.

Lorsque la réduction de la graisse superflue est obtenue, on peut graduellement cesser le traitement. La perte de la graisse suit la même marche dans presque tous les cas. D'abord, la circonférence thoracique au niveau des seins diminue, puis la diminution porte sur les membres supérieurs et inférieurs, enfin sur les fesses et la paroi abdominale. Mais la graisse abdominale diminue toujours sous l'action d'un traitement thyroïdien prolongé. Dans aucun cas, l'auteur n'a noté des symptômes incommodes ; les malaises, la céphalalgie, les palpitations, les troubles nerveux ont fait complètement défaut. L'examen du sang, qui a été fait partout où il était possible, n'a montré ni augmentation, ni diminution des globules rouges ou des leucocytes durant tout le traitement. L'albuminurie n'a jamais été observée. L'alcool a été strictement défendu, mais le patient mangeait ce qu'il désirait.

L. JUMON.

L'acétonurie dans le diabète et d'autres états morbides, prophylaxie et traitement, par STUART HART (*The Am. J. of the med. sc.*, août 1906).. — Les corps acétoniques,, l'acétone, l'acide diacétique et l'acide oxybutyrique ont une valeur séméiologique considérable comme symptômes de troubles de la nutrition. Il y a longtemps qu'on a reconnu leur présence dans le diabète et les états fébriles. Leur existence dans les cas d'opération, dans la grossesse, les troubles digestifs, les troubles nerveux, les affections malignes et des formes variées d'intoxication augmente encore l'intéret de leur étude.

On sait que l'irritation nerveuse, les excitations, l'inanition et la fièvre favorisent leur production. Toutes ces causes doivent être évitées autant que possible. Si une opération est nécessaire chez un sujet acétonurique, il faudra autant que possible recourir à l'anesthésie locale. Si l'anesthésie générale est nécessaire, la suppression des aliments avant et après l'opération doit être réduite au minimum. S'il survient des vomissements, on devra administrer par la bouche ou par le rectum du bicarbonate de soude, et de la limonade chaude avec du sucre. Dans les états fébriles, surtout chez les diabétiques, le régime doit

comprendre une certaine quantité d'hydrates de carbone facilement digestibles et on abaissera la température par des bains ou des lotions.

S'il est indiqué de supprimer les hydrates de carbone chez les diabétiques, on ne le fera que lentement, de façon à permettre à l'organisme de s'habituer à ce changement et en même temps, on surveillera la quantité de corps gras qui peut être prise sans inconvénient.

Les opinions sont très variées relativement à l'influence des corps gras sur la production des corps acétoniques. On sait seulement que parmi les aliments gras, il faut choisir, autant que possible, ceux qui contiennent la plus forte proportion d'acide gras. Si en dépit des efforts tentés pour arrêter la production des corps acétoniques, ceux-ci augmentent, il faut recourir à l'administration des alcalins afin de les neutraliser et de les rendre moins offensifs. On donnera les hydrates de carbone plus facilement oxydables et à ce point de vue le sucre semble avoir une action favorable. On doit le donner par la bouche et, si l'état comateux est un obstacle à la déglutition, on se servira de la sonde stomacale. L'ingestion abondante d'eau, les injections sous-cutanées, les injections intestinales peuvent servir à diluer les poisons et à stimuler les reins. Dans le coma la saignée peut rendre des services.

L. JUMON.

Note sommaire sur les résultats obtenus à la clinique Apostoli-Laquerrière dans le traitement du diabète par la haute fréquence, par LAQUERRIÈRE (*Congrès de Lyon*, 2-9 août 06). — Sur 34 cas, 24 ont pu être suivis suffisamment. Aucune modification ne fut apportée au régime, suivi antérieurement. Le traitement (lit ou cage) fut effectué en moyenne trois fois par semaine.

Dans ces cas, on peut conclure à une amélioration presque constante de l'état général (retour des forces, sensation de mieux-être, etc.), et à une diminution des différents signes de diabète allant parfois jusqu'à une guérison symptomique. L'influence sur le sucre est moins constante, parfois il y a diminution, rarement augmentation, assez souvent oscillation ou absence de modification de la quantité de sucre éliminée.

E. VOGT.

Sur quelques cas d'amélioration du diabète par la haute fréquence, par IMBERT (*Congrès de Lyon*, 2-9 août 1906). — L'auteur cite 3 cas dans lesquels on a vu des améliorations se produire, soit dans la diminution de la quantité de sucre, soit dans la pression artérielle, sous l'influence des courants de haute fréquence. Dans le premier cas, le malade a vu baisser de moitié, temporairement au moins, la quantité de sucre. De plus, l'état général était considérablement amélioré. Dans un autre cas, chez un étudiant en médecine, avec des bourdonnements et de l'hypertension artérielle, on fit de la haute fréquence sous forme de cage au lieu des effluvations sur les oreilles que l'auteur applique ordinairement avec succès pour la cure des bourdonnements ; l'amélioration d'état du sujet suivit ces applications ; dans le troisième cas, il s'agit d'un cas de glaucome subaigu chez un malade de cinquante ans ayant une pression artérielle de 28. La pression artérielle baissa sous l'action des courants de haute fréquence, passa de 21 à 17, et la tension oculaire, qui était considérable et s'élevait à 2, suivant la notation des ophtalmologiques, redevint normale.

E. VOGT.

Traitement des arthrites aiguës par les injections intra-veineuses de collargol, par G. RIEBOLD (*Munch. med. Woch.*, 7 août 1906). — Un grand nombre d'arthrites aiguës et subaiguës sont très rebelles au traitement. Il n'existe, par exemple, aucun traitement spécifique de l'arthrite blennorrhagique. Le rhumatisme aigu résiste souvent au traitement salicylé. Même le traitement de Bier peut échouer, et on n'a souvent, comme dernière ressource, que les moyens symptomatiques. Dans certains de ces cas difficiles, l'auteur a eu recours aux injections intra-veineuses de collargol. Sur 15 cas d'affections articulaires diverses, l'auteur a obtenu 11 fois une guérison complète et 4 fois une amélioration considérable. Il s'agissait de 7 cas d'arthrite blennorhagique, de 2 cas de polyarthrite rhumatismale aiguë, de 4 cas de rhumatisme articulaire subaigu et de 2 cas d'arthrite septique. Dans tous les cas, la douleur a diminué en deux ou trois heures, ou douze heures au plus après l'injection.

L'état général s'améliore et les malades peuvent dormir.

L'influence du collargol sur le gonflement articulaire a été surtout évidente ; la mobilité a été rétablie complètement après la disparition des douleurs et du gonflement.

Même dans les cas où il existait de graves lésions, le traitement a rendu de grands services en supprimant les douleurs, qui rendaient tout mouvement impossible. La température a diminué considérablement pendant un ou deux jours après l'injection, et s'est maintenue définitivement à la normale après deux ou trois injections.

L'auteur a régulièrement employé une solution à 2 0/0, dont il a injecté la première fois 4 à 8 cc., puis 6 à 8 cc. dans la suite. La dose a une influence décisive sur l'efficacité. La fréquence des injections doit varier suivant les cas. Il faut répéter l'injection dès que les douleurs et le gonflement reparaissent. L'auteur a, en général, employé 3 à 4 injections, parfois 5 ou 6, pour obtenir un résultat durable. Il ne faut pas non plus négliger le traitement local.

L'injection doit être indolore : la douleur indique que le collargol a pénétré dans le tissu périvasculaire. La technique est très simple, et l'on peut utiliser 2 ou 3 fois la même veine. L'injection n'est difficile que chez les sujets à pannicule adipeux abondant. Une injection intra-veineuse bien faite n'entraîne pas d'actions accessoires fâcheuses. L'injection ne doit pas être faite trop rapidement, ce qui déterminerait de la toux et de la dyspnée, et on ne doit pas employer de doses trop fortes, ce qui entraînerait une élévation de température avec frissons et sueurs. Les injections intra-veineuses de collargol sont un moyen presque spécifique dans l'arthrite blennorrhagique.

L. Jumon.

Maladies infectieuses

Dr Lesage

Médecin des Hôpitaux.

Traitement par la tuberculine, par le Pr Sahli (*Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte*, juin, juillet 1906). — Ce travail est beaucoup trop étendu pour que nous puissions en suivre les intéressants développements : il démontre qu'un dosage prudent peut rendre ce traitement absolument inoffensif : il faut éviter toute réaction. Dans ces conditions, on arrive dans un laps de temps très court à enrayer des tuberculoses au début, surtout si elles évoluent sans fièvre ; on constate un relèvement de l'état général, une disparition de la toux et de signes physiques, etc. En présence de lésions locales importantes, il ne faut pas essayer ce traitement dans les cas où existe de la fièvre ; l'auteur pense que dans ces conditions, il existe déjà une sursaturation de l'organisme par la tuberculine, et qu'il est superflu d'en injecter : les injections ne provoquent du reste alors que des réactions minimes et cette circonstance, loin d'apparaître comme favorable, doit au contraire inviter à la suppression de la médication.

Les infections mixtes ne semblent pas à l'auteur aussi fréquentes qu'on veut le dire et l'échec du traitement par la tuberculine ne doit pas forcément leur être attribué.

Les statistiques, au point de vue de la tuberculose pulmonaire, n'ont pas grande valeur pour l'auteur : elles devraient être basées uniquement sur le degré de virulence de l'infection et la susceptibilité de chaque malade pour le poison : sous ce rapport, nos connaissances actuelles ne suffisent pas pour étayer un pronostic.

Le degré de la maladie, quand il s'agit d'un processus aussi polymorphe, n'a aucune importance, et l'observation personnelle du médecin a seule de la valeur.

En résumé, une partie seulement des tuberculeux est susceptible de trouver un bénéfice à ce traitement, qui exige une surveillance de tout instant et un sens clinique éprouvé.

La tuberculine employée a été de préférence celle de Beraneck : le dosage est à individualiser, car la susceptibilité à la tuberculine, varie dans les proportions de 1 : 1000 suivant les sujets et aussi chez le même sujet.

La tuberculine de Beraneck est livrée en 13 concentrations successives : chaque flacon contient un liquide de concentration double du précédent et l'on peut sans à-coups passer d'un flacon à l'autre.

On fera en général deux injections par semaine.

E. Vogt.

Curabilité et traitement de la méningite tuberculeuse, par G. Riebold (*Munch. med. Woch.*, 28 août 1906). — Le pronostic de la méningite tuberculeuse était considéré il y a encore peu de temps, comme absolument fatal, malgré quelques très rares observations de guérison souvent discutées. En 12 ans, on n'a publié que quatre cas certains de guérison de cette maladie si fréquente. Parmi les moyens thérapeutiques recommandés, les saignées locales, les frictions d'onguent gris, l'administration de la créosote ou de l'iodure de potassium, etc., ont à peine quelque action sur le processus morbide. On ne peut at-

teindre le foyer de la maladie que par la ponction lombaire ou certaines intervention comme la trépanation. Mais il est très invraisemblable qu'une ou même plusieurs ponctions peuvent exercer une action notable sur l'évolution de la maladie.

Théoriquement, si l'inflammation n'est ni trop étendue, ni trop grave, on pourrait par des ponctions lombaires répétées maintenir la pression intra-crânienne à un niveau inférieur, prolonger l'existence et peut-être faciliter la guérison. L'auteur cite ainsi un cas de méningite tuberculeuse chez une jeune fille de 16 ans, dont le diagnostic clinique ne paraissait pas douteux ; le liquide de la ponction fit reconnaître 30 bacilles tuberculeux dans un petit flocon fibrineux. Néanmoins, la malade finit par guérir après qu'on eut fait 24 ponctions en 18 jours et retiré 574 cc. de liquide cérébro-rachidien.

Au point de vue du diagnostic il faut remarquer aussi que l'inoculation à des cobayes du liquide cérébro-spinal a provoqué des lésions tuberculeuses. L'influence de la ponction lombaire sur l'évolution de la maladie fut des plus nettes ; après l'une d'elles, l'état qui était menaçant, s'améliora d'une façon décisive, pour marcher vers une guérison définitive. L'auteur est convaincu que cette marche favorable a été amenée par les ponctions quotidiennes qui ont déchargé les ventricules cérébraux de la pression exagérée qu'ils supportaient.

Quant à la fréquence des ponctions, il ne faut pas oublier que le liquide se reproduit avec une rapidité surprenante.

Tant que la pression dépasse 25 à 30 centim. d'eau et que la pression reste encore à 10 ou 12 centim., après avoir retiré 25 à 30 c. cubes, il faut ponctionner tous les jours. Il faut tenir compte aussi de l'état subjectif des malades, de l'existence des symptômes de compression cérébrale, céphalalgie, etc. Lorsque la fièvre disparaît et que l'albumine du liquide cérébro-rachidien diminue, on peut s'attendre à la diminution de l'exsudat inflammatoire et on peut alors espacer les ponctions.

L. JUMON.

Valeur du salicylate dans l'arthrite de la scarlatine et d'autres affections articulaires, par RALPH STOCKMAN (*The Edinb. med. J.*, sept. 1906). — Bien que le terme de rhumatisme scarlatin indique une parenté de l'arthrite de la scarlatine avec le rhumatisme, il s'agit le plus souvent d'une action de poison spécifique de la fièvre scarlatine. Dans certains cas cependant les symptômes articulaires et l'élévation de la température avec la tendance à l'endocardite indiquent une attaque de rhumatisme. S'il est difficile de se faire une opinion sur la nature de ce rhumatisme, le résultat du traitement peut donner quelque indication sur ce point. L'auteur a observé seize cas de rhumatisme scarlatin dans le but de vérifier la valeur thérapeutique du salicylate de soude. L'arthrite avait apparu le plus souvent du troisième au neuvième jour. La température variait de 35°8 à 39°4. Dans cinq cas aucun traitement ne fut institué, et les symptômes disparurent spontanément en deux à huit jours. Dans onze cas le salicylate de soude fut donné aux doses habituelles suivant l'âge et la durée du rhumatisme varia d'un à dix-sept jours. Il semble donc que les cas non traités par le salicylate de soude ont eu une évolution plus favorable. La salicylate de soude n'exerce d'ailleurs aucune action sur le cours de la scarlatine et il ne touche pas non plus l'affection articulaire. Cependant il est des cas où ainsi qu'il résulte des symptômes et de la courbe thermique, où il s'agit bien d'une infection rhumatismale. L'arthrite qui, sans traitement, avait persisté jusque-là cède après un ou deux jours de traitement salicylé. Dans un cas l'interuption du traitement fut suivie d'une rechute qui rétrocéda avec la reprise du salicylate. L'action de ce médicament est donc spécifique seulement dans la fièvre rhumatismale et dans ce cas, l'amélioration de l'arthrite est rapide. Il n'exerce aucune action appréciable dans les autres infections. Dans l'arthrite blennorrhagique le liquide évacué contient du salicylate si le malade en a pris, mais le médicament n'a eu aucun effet sur l'arthrite et la température. Il en est de même des arthrites pyémiques, des douleurs articulaires et musculaires de l'influenza, et d'autres affections articulaires non rhumatismales ; l'action antipyrétique et analgésique du salicylate ne se manifeste que dans l'infection rhumatismale aiguë.

L. JUMON.

Traitement de la tuberculose péritonéale, par BIRCHER (*Cor. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er août 1906). — Dans cette communication faite à la réunion de l'association médicale suisse à Aarau, l'auteur se prononce pour la laparotomie avec ou sans lavage : l'évacuation de l'exsudat est la règle. En outre, le traitement par les rayons de

Rœntgen (tubes durs) s'imposera dans les cas où il existent peu d'exsudat et beaucoup de masses tubéreuses, ainsi que dans ceux où l'opération n'a pas été accordée ou est contre-indiquée.

E. VOGT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Cas de rétrécissement de l'œsophage guéri par la fibrolysine, par WEISSELBERG (*Munch. med. Woch.*, 14 août 1906). — Un sujet de 22 ans avait avalé par mégarde une forte lessive de soude et s'était fait des brûlures des lèvres, de la langue et de l'œsophage. La dilatation par les sondes fut faite avec beaucoup de difficulté. C'est alors qu'on commença des injections de fibrolysine sous la peau du dos à des intervalles de 2 ou 3 jours. Au bout de 20 injections on avait obtenu la dilatation des cicatrices supérieures, de sorte qu'on put passer avec les sondes les plus grosses. Mais au niveau du cardia on ne pouvait passer les sondes les plus fines. Les aliments s'arrêtaient à l'orifice œsophagien et étaient vomis quelque temps après. Après 39 injections on put faire passer une fine sonde par le cardia et à partir de ce moment l'état s'améliora rapidement au grand étonnement du malade. Le poids corporel, qui était descendu à 42 k., augmenta très vite et atteignit 59 k. Le patient pouvait manger sans aucun trouble. En tout, il a été fait 50 injections, qui n'ont provoqué qu'une faible douleur locale. Deux fois il s'est formé un abcès très petit.

L. JUMON.

Sur le traitement du cancer de l'estomac, par MAYO ROBSON. (*The Lancet*, 18 août 1906). — Le traitement médical tient en peu de mots ; il ne peut procurer la guérison, mais il contribue à prolonger l'existence. Il s'applique aux cas trop avancés pour un traitement chirurgical ou aux malades qui refusent l'opération. Il consiste à alimenter les malades aussi bien que possible et à calmer les douleurs ou les autres symptômes.

Le traitement chirurgical offre la seule chance de guérison.

Pour obtenir les meilleurs résultats, le médecin et le chirurgien doivent agir de concert, de façon que sur un diagnostic fait à temps l'intervention puisse être précoce.

Pendant quelque temps le cancer est une affection locale, aussi bien pour l'estomac que pour le sein ou l'utérus. La difficulté étant d'établir un diagnostic précoce, il est nécessaire de procéder à un examen précoce et complet dans tout cas d'affection gastrique suspecte, en pratiquant au besoin une opération exploratrice pour compléter le diagnostic. Attendu que la tumeur se développe assez pour être perceptible à travers la peau, c'est perdre un temps précieux pour une opération radicale. La certitude diagnostique ne peut être obtenue que par l'examen digital effectué à travers une petite incision de la peau, faite avec peu de risque en se servant de la cocaïne si l'exploration indique une opération, pour enlever des adhérences ou supprimer une obstruction par exemple, on a pris d'avance toutes les dispositions pour poursuivre l'opération. Si l'ablation semble impossible en raison de l'étendue de la lésion, de l'existence des adhérences ou de la présence des ganglions, on pourra recourir avec avantage à la gastro-entérostomie.

Dans les cas de véritable cancer, l'opération dépendra de la position de la tumeur, de son étendue, de la présence des adhérences et de l'existence de ganglions infectés ou de tumeurs secondaires.

Si la tumeur siège dans la région du cardia, il sera indiqué de faire la gastrostomie ou la jéjunostomie, à condition que l'opération ne soit pas faite trop tardivement. L'opération est simple et peut être rapidement faite avec la cocaïne. Dans plusieurs cas les malades ont survécu un an ou plus et ont gagné plusieurs livres.

Lorsque la lésion occupe le pylore et cause l'obstruction, s'il y a des adhérences étendues, des ganglions, des tumeurs secondaires, il ne serait pas prudent d'essayer la pylorectomie ou la gastrectomie partielle. Dans ces cas la gastro-entérostomie apporte le plus grand soulagement au malade.

L'opération radicale est indiquée lorsque la lésion est limitée à l'estomac et que les ganglions ne sont pas sérieusement envahis, le malade étant dans un état général satisfaisant. La jéjunostomie est seule possible dans les cas où la maladie a atteint une grande étendue de l'estomac, de sorte que la gastro-entérostomie est devenue impraticable. L'opération qui peut

être faite à travers une incision exploratrice très rapidement peut prolonger l'existence de plusieurs mois et même d'une année.

L. JUMON.

Inanition progressive due à l'aérophagie Traitement par l'alimentation nocturne (*Arch. méd. chir. du Poitou*, août 1906). — PIERRE publie une observation remarquable d'un malade âgé de 50 ans, souffrant depuis 30 ans de troubles digestifs et soigné sans grand succès par divers médecins. Le malade, convaincu qu'il présente une dilatation stomacale, s'est habitué peu à peu à un régime de famine, qui ne l'empêche pas de ressentir tous les jours de la pesanteur à l'épigastre : il combat ces troubles par des lavages stomacaux qu'il exécute lui-même.

Au moment de l'examen, le poids est de 48 kilos (taille 1 m. 65) : la maigreur est excessive, la face terreuse. L'examen local montre un clapotage intense : pas de tumeur ni de bride. A jeun, ni clapotage, ni liquide dans la cavité stomacale.

En présence de l'incertitude du diagnostic, l'auteur examine de plus près son malade et reconnaît qu'aussitôt après les prises d'aliments, l'estomac ne s'abaisse pas : mais, si on laisse s'écouler 10 minutes, on voit que le sujet déglutit plusieurs fois par minute de larges bols d'air ; en même temps, l'estomac s'abaisse de plus en plus, pour atteindre peu à peu le voisinage du pubis. Ce fait rapproché de la vacuité de l'estomac à jeun fait penser à l'auteur que les réflexes de déglutition peuvent être supprimés pendant le sommeil. Pour vérifier le fait, le malade qui s'endort habituellement à 9 heures du soir, met son réveil monté sur 11 heures et constate en s'éveillant que son estomac est entièrement vide.

Le lendemain, à 11 h. du soir, le malade prend une tasse de lait (ce qu'il n'a pu faire le jour depuis nombre d'années) : au réveil, à 1 h. du matin, l'estomac est vide et il prend une 2e tasse qui a disparu au réveil de 7 heures, à ce moment 2 cuillerées de peptone et eau sucrée provoquent les accidents habituels.

A partir de cette expérience, on arriva par l'alimentation nocturne et en exerçant le malade à éviter d'avaler de l'air, à un engraissement de 7 kilos en 2 mois : tous les accidents avaient disparu.

Il ressort de cette observation que le sommeil fait disparaître l'aérophagie, et que l'alimentation nocturne doit être tentée dans les formes de dyspepsie analogues.

E. VOGT.

Malade atteint de cirrhose alcoolique, de néphrite et de péritonite tuberculeuse guéri par les ponctions et les lavements de pulpe de foie de porc, par le prof. H. DESPLATS (*J. des sc. méd. de Lille*, 28 juillet 1906). — Il s'agit d'un homme de 32 ans, qui entre à l'hôpital avec les jambes enflées, quelques petits signes de brightisme, de la dyspnée, des hématuries, le ventre ballonné, contenant un peu de liquide, de l'albuminurie (12 grammes). En quatre mois, on fit quatorze ponctions au malade, la quantité de liquide retirée chaque fois variant de 7 à 12 litres. A partir de la 8e ponction, au commencement du troisième mois du séjour du malade à l'hôpital, on prescrivit des lavements de 300 grammes de foie de porc à prendre tous les deux jours. Moins de deux mois après l'état général était très bon, les hématuries avaient sensiblement diminué. L'ascite ne s'est pas reproduite. Le gâteau péritonéal s'était réduit et l'amélioration continua, rapide. Six mois après sa sortie, le malade faisait son métier de charretier et sa santé paraissait parfaite. Cet homme était donc cirrhotique et tuberculeux, il maigrissait et se cachectisait. En présence d'un cas aussi grave, l'auteur résolut de tenter l'opothérapie, qui lui avait donné de bons résultats dans un cas analogue et fit administrer des lavements de 300 grammes de pulpe de foie de porc. Du 6 février au 30 mars, le malade prit 23 lavements, pendant ce temps, les hématuries disparurent, l'exsudation péritonéale cessa, et le malade reprit toutes les apparences de la santé. Ici l'extrait de foie a agi assez rapidement comme hémostatique.

L. JUMON.

Intervention chirurgicale dans l'ictère, par S. LLOYD (*Medical Record*, 23 juin 1906). — Les progrès réalisés dans la connaissance des causes de l'ictère sont dus en grande partie aux recherches chirurgicales. Parmi les causes de l'ictère, l'auteur mentionne le catarrhe chronique des voies biliaires. Il s'agit d'un épaississement de la bile qui remplit le cholédoque et quelquefois la vésicule et même les canaux hépatiques à une distance considérable dans le foie. Une masse foncée, pâteuse empêche l'écoulement naturel de la bile.

Le traitement médical a peu d'action sur ces produits, tandis que le traitement opératoire donne des résultats rapides avec peu de danger. Deux conditions doivent être l'objet d'une attention particulière dans le traitement chirurgical de l'ictère.

Les modifications du sang et les lésions rénales. Du côté du sang, la modification la plus sérieuse est une diminution marquée dans la coagulabilité qui constitue une condition fâcheuse dans les opérations sur le foie et les voies biliaires. Les hémorragies qui en résultent ne se produisent pas immédiatement après l'opération, mais commencent deux à quatre jours plus tard. Dans tous les cas d'ictère prolongé il faut compter avec une anémie intense. Il est donc important de déterminer la proportion d'hémoglobine en même temps que le degré de coagulabilité du sang. Les opérations de toute sorte faites avec une proportion inférieure à 30 sont excessivement sérieuses. Les lésions rénales ont de l'importance au point de vue de l'anesthésique employé et elles influencent le pronostic. Si la chirurgie n'a pas donné de très bons résultats, cela tient à ce qu'on a trop souvent opéré trop tard, alors qu'un état général grave était la conséquence d'une toxémie combinée résultant de l'ictère et de la néphrite. Les cas d'ictère qui ont été opérés avant l'apparition de la toxémie générale ont en général évolué favorablement vers une prompte guérison. Il est utile de rappeler que l'irritation chronique déterminée par les calculs est peut-être la cause la plus puissante du développement du cancer. Beaucoup d'états morbides attribués à l'estomac et traité comme des affections gastriques sont également dus à un spasme de la vésicule biliaire et des conduits, avec ou sans empyème chronique. L'incision exploratrice révélerait sans doute la cause beaucoup de ces troubles gastriques. Quant aux lésions intra-hépatiques, Lloyd prétend qu'en dehors des tumeurs malignes, on peut en général opérer avec succès les gommes du foie et les tumeurs bénignes. Les abcès du foie, y compris ceux qui sont d'origine amibienne doivent être opérés et drainés.

L. Jumon.

Traitement chirurgical et interne de l'appendicite, par Rumpf (*Zeitschr. f. aertzl. Fortbildung*, 15 *août* 1906). — L'auteur admet que toute appendicite est due à une infection microbienne ; dans quelques cas rares, ces microbes sont morts au moment où les accidents se manifestent. Les dangers de cette épine infectieuse sont de quatre espèces :

1° Les microbes pathogènes pénètrent, par suite d'une perforation de l'appendice, en telle quantité dans la cavité péritonale, que les manifestations réactives de l'organisme deviennent insuffisantes et que le sujet succombe.

2° Les microbes pathogènes provoquent la formation d'abcès intra ou extrapéritonéaux, d'abord encapsulés entraînant le danger permanent d'une péritonite généralisée ou d'une septicémie.

3° Les microbes pathogènes envahissent de gros troncs veineux et donnent naissance à des abcès du foie ou du voisinage, ou à de la septicémie.

4° Les microbes pathogènes provoquent des inflammations péritonéales se caractérisant par de l'infiltration, des adhérences, faisant courir des dangers aux organes intra-abdominaux dont elles entravent le fonctionnement.

La tâche consistant à éloigner le foyer infectieux, on opérera de suite si il y a péritonite généralisée ou danger imminent de péritonite : ce danger se reconnaît quand, au 2e jour, on ne trouve pas de tumeur dans la fosse iléocœcale, quand la musculature abdominale est contracturée, la respiration diaphragmatique faible et le pouls rapide.

Les abcès, aussitôt reconnus, seront opérés, avec cette réserve que du 3e au 8e jour, l'intervention est plus dangereuse que le traitement conservateur.

Même si la septicémie existe déjà, il y a lieu d'enlever le foyer infectieux : d'un autre côté, si ce foyer ne semble pas devoir donner naissance à de vastes foyers purulents ou à une péritonite généralisée, on opérera à froid.

Les cas légers avec sensibilité à la pression doivent être opérés : pendant les crises de coliques, on calmera les douleurs : comme dans ces cas il n'y a pas de fièvre, il n'est pas nécessaire d'attendre pendant des semaines avant d'opérer.

Les cas présentant dès le premier jour une tumeur marquée avec pouls à 80, et des douleurs, seront opérés à froid, car le pronostic de la crise est bon dans la grande majorité des cas. On tiendra la même conduite si dès le 1er jour le pouls est à 100-110, avec fièvre et douleurs, et si dès le 2e jour, après le repos au lit, la fièvre diminue et que tout symptôme grave manque. Il faut pour autoriser l'abstention que la tumeur

soit nettement limitée, ce qui indique l'existence d'une muraille protectrice autour de l'appendice malade.

A partir du 3e jour, s'il n'y a pas d'indication formelle à intervention, on recommandera le repos absolu, la diète (thé avec cognac, bouillon et œuf et lait coupé), l'opium (en général dix gouttes de laudanum 3 fois par jour ou des suppositoires opiacés) et la vessie de glace. Mais, aussitôt les accidents terminés, on songera à l'opération à froid, qui se fera environ 6 semaines après la fin de la crise. On se souviendra que les récidives se manifestant après plusieurs années de repos, chez un sujet n'ayant eu qu'une seule crise d'appendicite, sont particulièrement graves.

L'opération à froid doit être préférée dès que la chose est possible ; comme prophylaxie, il faut éviter l'introduction dans le tractus digestif de corps étrangers, de microbes, d'aliments crus, et entretenir soigneusement la liberté du ventre.

E. Vogt.

Note sur le traitement de la dysenterie catarrhale et gangréneuse, par Sheldon Amos (*The Lancet*, 4 août 1905). — Dans la forme légère se manifestant par de la diarrhée, une fièvre légère, une langue chargée, un pouls rapide, une légère douleur abdominale et des selles fréquentes, muco-sanguinolentes, l'auteur a vu les accidents se dissiper rapidement par le traitement ordinaire au sulfate de soude à la dose de 4 grammes, administrés toutes les heures jusqu'à production de selles fécales. Ce traitement est répété les jours suivants, tant qu'il y a du ténesme et des selles muqueuses ou sanguinolantes.

La deuxième forme est d'un pronostic très grave. L'affection a déjà une durée de 6 à 30 jours et les malades sont épuisés. Les selles sont profuses, fétides, putrilagineuses. Le traitement varie ici suivant l'état des malades. S'il s'agit d'un sujet jeune, pouvant encore marcher, l'ipéca administré suivant la méthode de Manson donne des effets presque immédiats. Le patient n'ayant rien mangé depuis minuit prend 20 gouttes de laudanum à 4 heures du matin et une demi-heure après 2 à 4 grammes d'ipéca en capsules. On ne donne ni aliment ni liquide jusqu'à 7 heures. Des malades ont pu guérir après avoir pris deux doses successives d'ipéca données à un jour d'intervalle. Ce traitement est associé à une forme particulière de régime. Le lait ne réussit pas, est mal supporté et donne lieu à de gros caillots dans les selles. Cependant l'auteur donne à 7 heures du matin 250 gr. de lait et un peu de pain pour ceux qui n'ont pas d'hémorragie ; à 11 heures du riz très cuit, des pommes de terre, des lentilles, du macaroni ou des haricots sur lesquels on verse un peu de jus de viande. A 5 h. 30 du soir, même repas. Durant la nuit un demi-litre de lait dilué d'eau. Les malades très faibles prennent en outre le blanc de quatre œufs délayé dans de l'eau-de-vie et de l'eau. On ne donne pas d'eau pure, mais une solution d'acide lactique à 1 : 3.000. Avec ce régime la langue devient humide et se nettoie en un ou deux jours, la soif disparaît, et il est plus facile de revenir à l'alimentation ordinaire.

Autrefois l'auteur prescrivait aux malades trop âgés ou trop faibles pour pouvoir supporter l'ipéca 0,30 centigr. de calomel trois fois dans le premier jour, puis un centigr. toutes les trois heures. Mais ce traitement produisait parfois du collapsus et l'auteur préfère recourir aux très petites doses et aux injections de morphine, qui suppriment le ténesme et les crampes. Pour combattre la tendance au collapsus cardiaque il fait des injections de spartéine ou de caféine. Les injections intestinales de sulfate de cuivre (1 : 1.000), de permanganate de potasse, de bichlorure de mercure sont plutôt dangereuses dans les cas de gangrène ; le nitrate d'argent en lavement ou en pilules est inutile. Dans des cas graves, désespérés même, le traitement systématique par la morphine a paru sauver un certain nombre d'existences.

L. Jumon.

Traitement de la dysenterie chronique, par Meyer (*Deutsche med. Wochenschrift*, 16 *août* 06). — L'auteur cite trois cas de dysenterie causés par l'*entamœba histolytica* de Schaudinn : on sait que cette forme d'affection tropicale de l'intestin se manifeste parfois dans les pays tempérés. Sous les tropiques, on traite cette affection de préférence par l'ipéca (1 1/2 gr. par jour) : l'auteur a adopté cette médication, en y ajoutant des lavements avec une émulsion composée de 5 gr. d'iodoforme pour 1.000 gr. de mucilage de gomme arabique. Le lavement est administré sous forte pression et l'on cherche, par un massage approprié, à faire cheminer la masse injectée jusqu'au colon. Cette pratique semble pouvoir être couronnée de succès, car

l'iodoforme n'est souvent expulsé que 10 heures après introduction.

Le lavement doit être gardé 10 minutes : on en élimine ensuite la plus grande part au moyen de deux lavements d'eau simple.

E. Vogt.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. Lyon

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Traitement de la pleurésie avec épanchement, par Forchheimer (*Medical Record*, 9 juin 1906). — La résorption d'un épanchement pleural se fait par une sorte d'aspiration lymphatique, mais lorsque l'épanchement est considérable, l'absorption par les lymphatiques est complètement suspendue, parce que l'expiration ne peut pas se faire et probablement parce que la compression du poumon est ici un facteur déterminant. Pour favoriser la résorption, on combat l'inflammation de la plèvre par la glace, l'hydrothérapie locale, le repos au lit, la contre-irritation. La seconde indication est de diminuer la pression intrapleurale en enlevant le liquide. On a employé un traitement indirect pour obtenir ce résultat au moyen de diurétiques, cathartiques, diaphorétiques, au moyen aussi du régime lacté, mais l'auteur préfère le traitement local, comme répondant mieux aux indications. Il ne faut pas laisser séjourner le liquide jusqu'à ce que des symptômes dangereux apparaissent, parce qu'il peut se former des adhérences et qu'une pleurésie peut entraîner de symptômes graves à un moment donné. On ne doit pas retirer plus de liquide qu'il ne faut pour obtenir l'amélioration des symptômes, l'absorption se faisant ensuite naturellement.

Pendant l'opération, le malade doit être couché et on doit suspendre pendant un moment l'aspiration s'il survient de la toux spasmodique, de la constriction, de la tendance à la syncope et de la douleur. Dans les cas d'empyème, ce traitement est tout différent et est purement chirurgical, l'indication étant d'ouvrir et de drainer l'abcès.

L. Jumon.

Traitement de l'angine de poitrine et d'états analogues par la gymnastique et le massage du thorax, par Hasebrock (D. *Arch. f. Klin. Medicin. Fasc.* 6, 1906). — Les conclusions de l'auteur ne sont pas trop encourageantes, car il estime que le traitement mécanique des troubles de l'appareil circulatoire se trouve encore dans la période de l'empirisme. Néanmoins, on peut arriver, par une méthode appropriée à chaque cas, à améliorer les conditions de la circulation périphérique et à retarder probablement l'apparition des accidents sérieux qui caractérisent ces affections.

E. Vogt.

Action des sels de strontium sur la coagulabilité du sang, par J.-B. Nias (*The Lancet*, 18 août 1906). — N'ayant pas obtenu de résultat chez un patient atteint d'hémophilie avec le chlorure de calcium qui n'était pas absorbé, l'auteur reprit quelques expériences sur l'action de divers sels de strontium et de magnesium sur la coagulabilité du sang. Par ces expériences, il semble clairement établi que les lactates de strontium et de magnésium aux doses d'un à deux grammes peuvent rendre des services pour remplacer les sels de calcium lorsque ceux-ci ne sont pas absorbés dans le tube digestif, ce qui dispense de recourir aux injections hypodermiques qui ont ici des inconvénients et n'agissent pas plus rapidement. Dans le cas où ces sels ont été employés les hémorragies ont cessé en douze heures au lieu de persister plusieurs jours.

L. Jumon.

La tension vasculaire dans les maladies chroniques, par Amory Hare (*The Am. J. of. the med. sc.*, août 1906). — L'auteur distingue ici trois classes de cas d'élévation persistante de la tension artérielle. Cette élévation peut être le résultat d'un spasme dû à une tension nerveuse, prolongée, associée à certains abus concernant le mode d'existence, l'alimentation et les boissons. Dans une seconde classe la tension est élevée parce qu'en plus du spasme vasculaire il s'est déjà développé des lésions fibreuses des vaisseaux. Enfin il y a des cas dans lesquels où, après une période prolongée de tension élevée, la tension artérielle baisse plus ou moins brusquement et d'une façon permanente.

Dans les deux premières classes, on recommandera le repos au lit, avec la massage et les nitrites. Dans la troisième classe le repos au lit est également nécessaire,

mais il faut employer les stimulants vasculaires. Dans tous les cas les iodures trouvent leurs indications. Si la tension élevée est due surtout au spasme, la nitroglycérine sera indiquée, mais elle échouera évidemment si l'élévation est due à des lésions fibreuses. La nitroglycérine ne peut réduire que la part de l'hypertension qui relève du spasme, elle ne peut rien sur la part due à la lésion. Les iodures seuls peuvent avoir une certaine influence. D'un autre côté, les effets combinés du repos, du massage et des iodures amènent non seulement d'excellents résultats du côté du cœur, même lorsque les lésions fibreuses sont déjà développées, mais diminueront la tension artérielle par leur action simultanée sur le cœur et les vaisseaux.

Il est une classe de cas dans lesquels l'élévation de la tension artérielle mérite une certaine attention, il s'agit de sujets âgés chez lesquels le cœur, les vaisseaux se sont adaptés à cette tension. Au cours d'une maladie aiguë on peut trouver cette tension un peu exagérée et être tenté de l'abaisser, alors qu'il s'agit d'une tension réellement normale pour l'individu. Il faut donc tenir compte des indications qui se présentent dans chaque cas particulier.

Enfin l'auteur se résume de la façon suivante : On donne souvent des stimulants cardio-vasculaires, lorsqu'il faut au contraire recourir aux dépresseurs vasculaires. Il faut accorder plus d'attention à défendre le cœur contre un surcroit inutile de travail. Si le traitement est dirigé sur les vaisseaux le cœur sera souvent capable de se relever. On ne doit pas chercher à augmenter l'énergie cardiaque s'il y a indication de diminuer sa surcharge et de diminuer la toxémie qui détruit sa fonction.

L. JUMON.

Les courants de haute fréquence. — Leur action sur la pression sanguine ; application au traitement de l'hypertension artérielle et accessoirement au traitement du diabète, par CHANOZ (*Ann. d'électrobiol. et de radiologie*, juin 1906). — Il résulte de l'étude importante de l'auteur que la haute fréquence appliquée chez les hypertendus au moyen de la cage à auto-conduction agit puissamment sur la tension artérielle pour l'abaisser. Cette action immédiate apparaît dans les premières minutes de l'application et l'on peut toujours ramener avec un nombre d'applications suffisant la pression des hypertendus à la normale. La pression normale retrouvée se maintient pendant très longtemps si l'on évite les écarts habituels du régime, la constipation, les maladies intercurrentes.

On peut donc empêcher l'évolution de l'artério-sclérose et sa grave conséquence : l'hémorragie cérébrale, en faisant disparaître définitivement l'hypertension artérielle, qui est sans doute la cause première de cette affection.

La d'Arsonvalisation, qui jouit dans certaines conditions de propriétés hypotensives, rapides, durables, constituerait actuellement, pour M Moutier, le traitement de choix de l'artério-sclérose.

Au point de vue du diabète, on peut constater que l'état général des diabétiques est presque toujours amélioré par les applications de haute fréquence, mais que la glycosurie n'est pas intéressée de même dans les différents cas, puisque des diabétiques ont vu leur sucre disparaître totalement, d'autres ne l'ont vu que diminuer partiellement ou même demeurer au même taux.

Il ne faut pas, du reste, oublier que les origines du diabète sont multiples et qu'une méthode thérapeutique uniforme peut ne pas donner des résultats identiques pour tous les cas traités.

Le problème est donc complexe et demande de plus nombreuses recherches. Mais les documents recueillis n'auront de véritable valeur et on n'aura des chances d'approcher de la solution qu'autant que le diagnostic précis de la forme de diabète aura été porté avec compétence et que les conditions physiques de l'application auront été convenablement notées.

E. VOGT.

Sur le traitement de l'hémoptysie, par LAWRASON BROWN (*The Amer. J. of. the M. sc.*, août 1906). — Théoriquement l'hémoptysie peut être arrêtée en augmentant la coagulabilité du sang, en diminuant la vitesse du sang, en réduisant la masse sanguine dans les vaisseaux malades, en abaissant la tension sanguine ou en provoquant la vaso-contriction des vaisseaux atteints. L'auteur n'a pas retiré de grands avantages du chlorure de calcium. La digitale n'a donné souvent aucun résultat. Tous les médicaments qui déterminent une contraction des vaisseaux sanguins, comme l'ergot ou l'adrénaline, seraient nuisibles par la contraction qu'ils produisent sur les vaisseaux normaux, tandis que la pression augmenterait dans les vaisseaux malades. Il faut chercher à régler la ten-

sion pulmonaire et pour cela abaisser cette tension en diminuant le volume du sang dans la circulation. Toutes les hémoptysies graves agissent de cette manière et rendent la saignée inutile ou dangereuse.

Dans ces derniers temps on s'est servi d'un groupe de substances qui ont une action marquée sur la pression sanguine, ce sont les nitrites, qui produisent une vasodilatation des vaisseaux périphériques, surtout de la tête, du cou, et de l'aire splanchnique. Le nitrite d'amyle agit instantanément, mais seulement pendant quelques minutes. La nitroglycérine et tous les autres nitrites agissent moins fortement, mais plus longtemps. Leur action est en général bien marquée en quinze minutes et dure au moins une ou deux heures. Le tetranitrate d'érythrol est celui qui agit le plus lentement, mais le plus longtemps. Théoriquement le nitrite d'amyle devrait être administré immédiatement dans un cas d'hémoptysie et renouvelé si c'est nécessaire au bout de cinq minutes. Après cette première dose on donnerait ensuite la nitroglycérine ou le nitrite de sodium et au bout de quelques minutes le tétranitrate d'érythrol. La tension pulmonaire serait alors abaissée pour un certain temps. Le mieux dans les circonstances est de relever la pression à 'aide du sphygmomanomètre et d'agir selon ses indications. On donnera alors du nitrite de sodium de manière à abaisser le premier entre 110 et 120 mm. de mercure.

Souvent les hémoptysies surviennent le matin. La raison en est qu'au réveil le tonus vasculaire qui avait disparu pendant le sommeil se rétablit, d'où augmentation de pression. Aussi l'auteur a-t-il donné des injections de morphine et de nitrite de sodium entre minuit et deux heures du matin. Il peut enfin être avantageux de donner de l'aconit dans les hémoptysies surtout dans le cas de fièvre.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de la contracture hystérique des extrémités inférieures par l'anesthésie lombaire, par LOHRER (*Munch. med. Woch.*, 7 août 1906). — Dans un cas de contracture des membres inférieurs empêchant la marche chez une jeune fille hystérique, de 23 ans, l'anesthésie médullaire a donné un résultat éclatant. Cette contracture était survenue à la suite d'un accident de travail, ce qui avait donné lieu à une rente, qui fut supprimée après la guérison.

L'anesthésie rachidienne fut obtenue avec la stovaïne. Après l'injection intra-rachidienne, les membres étant devenus flasques, on montre à la malade qu'on pouvait rétablir, sans aucune douleur, le pied dans sa position normale, et on appliqua un appareil plâtré. Trois jours après, la malade se leva et marcha sans difficulté avec son appareil, qui fut enlevé au bout de près de quatre semaines. Le pied avait sa position et sa mobilité normales, qu'il conserva dans la suite.

On peut admettre que le résultat de ce traitement est dû surtout à l'influence psychique exercée sur la malade par l'anesthésie médullaire et la flaccidité musculaire que celle-ci a déterminée. Bien que le traitement consécutif de quatre semaines de durée n'ait pas été sans importance sur la guérison, cette importance n'est cependant que secondaire et a permis de persuader à la malade que le pied devait reprendre sa position normale.

En fait, la malade a été guérie au moment où elle a vu que son pied pouvait être mis en toutes positions sans douleur. La quantité de stovaïne injectée a été de 0,05 centigrammes, et la paraplégie a été complète en huit minutes.

L. JUMON.

Traitement opératoire des névralgies, par BARDENHENER (*Munch. med. Woch.* 24 juin 1906). — L'auteur relève comme cause des névralgies l'existence d'une hypérémie veineuse dans les canaux osseux parcourus par les nerfs. A la suite d'une cause périphérique quelconque : refroidissement, traumatismes, inflammation, etc., il se produisait une hypérémie périphérique qui remonterait le long de la branche nerveuse, jusqu'au canal osseux, et à la suite de laquelle se développeraient de l'œdème, de la périnévrite, des adhérences avec le canal osseux. L'hypérémie veineuse s'étendrait à la longue des branches jusqu'au tronc et aux ganglions. Cette hypérémie peut aussi être produite par des causes nternes, qui ont leur origine dans le sang ou dans les parois vasculaires, etc., mais qui ont leur répercussion dans les canaux osseux.

Pour cette raison, l'auteur recommande l'ablation d'une paroi du canal et le déplace-

ment léger du nerf à une certaine distance de la plaie osseuse produite. Au-dessous du nerf, on place un lambeau de périoste emprunté au voisinage.

Bardenheuer rapporte 6 cas de guérison de névralgie du trijumeau après cette opération. Dans un cas seulement, la récidive est survenue au bout de treize mois, parce que pendant l'opération il s'était produit une fracture de la mâchoire inférieure, un phlegmon et secondairement une nécrose des extrémités osseuses. Il restait alors un point douloureux à l'endroit où le nerf passait sur le cal. Le malade guérit ensuite après l'excision du cal conjonctif autour du nerf. Dans les cinq premiers cas, la maladie subsistait depuis trois à douze ans. Bardenheuer croit que ce procédé pourrait être employé, parce qu'il est moins dangereux que la neurectomie.

L. JUMON.

Ophtalmologie

Dr DARIER

Ancien président de la Sté d'Ophtalmologie

Sérothérapie des maladies infectieuses de l'œil, par AXENFELD (*Fribourg*, 1906). — Dans un ouvrage volumineux, l'auteur examine les résultats acquis en ophtalmologie par la sérothérapie, et donne la préférence à la méthode de Romer, qui devrait être employée prophylactiquement après des blessures profondes ou des opérations. Ce sérum peut être également utile, mais ne suffit pas à lui seul dans le traitement de l'ulcus serpens. L'auteur pense que la sérothérapie, en ophtalmologie, est appelée à un brillant avenir.

A. DARIER.

Du traitement des blépharites ciliaires par l'hermophényl (*Thèse de Paris*, 1906). — SAUBERT a expérimenté le mercure-disulfonate de sodium ou hermophényl, dans le traitement des blépharites ; il a adopté le mode d'emploi préconisé par Grillé (*Acad. de Rome*, 1904). Tous les deux jours, Grillé frotte très fortement le bord ciliaire avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution aqueuse d'hermophényl à 1/20. Les cas rebelles sont traités au moyen de lavages, répétés 3 à 4 fois par jour, avec une solution à 1 0/0. Le produit n'irritant pas les muqueuses, peut être employé en solutions concentrées : comme il ne se produit aucune coagulation de l'albumine, à froid, le topique pénètre profondément dans les anfractuosités du bord ciliaire et détruit les microbes qui y séjournent. Il faut, en frottant, faire apparaître une fine rosée sanglante sur le bord ciliaire.

Saubert n'a utilisé que la solution à 1 0/0 une fois par jour : elle est parfaitement efficace, et suffisante. Dans les cas graves, il est bon de faire suivre la friction d'une large application de pommade à l'oxyde jaune. On peut du reste faire suivre, dans les cas courants, chaque friction d'une application de vaseline boriquée ou stérilisée (sans acide borique), de façon à empêcher la formation de croûtes et à prolonger l'action antiseptique.

Les frictions ne sont pas douloureuses : on peut mener à bien un traitement de ce genre chez des petits enfants d'ordinaire indociles.

Pour éviter les récidives, il est utile de pratiquer un ou deux brossages par semaine après la guérison.

Les formes sèches sont aussi justiciables de cette médication.

E. VOGT.

Les épithéliomas des paupières. Opération ou radiothérapie ? par A. TROUSSEAU (*Ann. d'Ocul.*, juillet 1906). — L'auteur cite des cas opérés chirurgicalement qui n'ont pas récidivé après plusieurs années et d'autres cas traités par radiothérapie dont les uns ont guéri, mais d'autres n'en ont retiré qu'une guérison superficielle apparente, d'autres enfin ont empiré.

M. Trousseau est porté à croire que la radiothérapie n'a d'influence que sur les épithéliomas dont la nature et la morphologie permettent aussi d'espérer un bon résultat de l'intervention chirurgicale.

Or, il semble résulter de ce que nous savons déjà de cette question que la radiothérapie, et, j'ajouterai, la radiumthérapie, donnent réellement de bons résultats dans les néoplasmes superficiels, parce que leur action ne s'exerce que sur les parties directement touchées, mais que leur efficacité est douteuse sur les lésions profondes.

A. DARIER.

Traitement de l'épithélioma palpébral. La blépharoplastie à tiroir, par le Pr ROLLET (Lyon). (*Revue gén. d'Oph.*, juin 1906). — Ce procédé consiste à substituer au glissement latéral de la méthode française le glissement vertical, c'est-à-dire soit le relè-

vement, soit l'abaissement direct d'un lambeau, suivant qu'il s'agit de la paupière inférieure ou de la supérieure.

Le même procédé peut s'appliquer à l'épithélioma de l'angle interne et des moitiés internes des deux paupières. Voir la description avec figure dans le texte.

A. DARIER.

Succès opératoires de symblepharon total par le lambeau à pédicule et la prothèse, par W. MAYWEG (*Thèse de Rostock* 1906). — L'auteur est le fils de l'oculiste bien connu de Haagen. Son travail, venant après les brillantes communications sur la prothèse en verre, en plomb..., présente un intérêt spécial. Il incise horizontalement les fibres cicatricielles jusqu'au fond de l'orbite, déchire largement l'angle externe, remonte en oblique vers le front et recourbe son incision vers le bord orbitraire. Un tampon de coton sert de prothèse intermédiaire (?)

Blépharorraphie temporaire. — Trois semaines après l'angle externe est rectifié à l'aide d'une excision triangulaire, et une suture linéaire. Le procédé permet d'espérer de jolis résultats, dont l'auteur montre plusieurs photographies.

A. DARIER.

Le protargol dans le traitement de la conjonctive gonococcique, par HOTZ (*Médecine*, juin 1906). — L'auteur emploie une solution à 20 0/0 ; il l'applique à l'aide d'un tampon de coton monté sur un stylet. Il soulève la paupière sup. et frotte avec le tampon imbibé de la solution la surface bulbaire ; puis il traite de la même façon la conjonctive bulbaire. L'application est faite deux fois par jour jusqu'à ce que la sécrétion soit moins abondante, moins inflammatoire. On fait alors une seule application, puis on frotte à une solution à 10 0/0. Le traitement demande généralement quinze jours.

A. DARIER.

Traitement de certaines conjonctivites infectieuses par la pommade jaune, par H. FRENKEL (*Revue gén. d'Opht.*, juillet 1906). — L'auteur ne prétend pas accorder une grande supériorité à la pommade jaune, mais il dit que, principalement dans la conjonctivite à diplobacille, elle peut être préférable à d'autres médications, comme cela résulte des comparaisons qu'il a pu faire. Mais, pour la conjonctivite à diplobacille en particulier, nous voyons que l'auteur a comparé avec le traitement à l'argyrol, or, l'on sait que les sels d'argent, dans ce cas, ne valent pas le sulfate de zinc.

A. DARIER.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

De l'hygiène et du traitement local de la syphilis, par QUEYRAT (*Rev. intern. de méd. et de chirurgie*, 10 *août* 06). — L'auteur recommande de ne pas annoncer d'emblée au malades qui vient consulter l'existence de la syphilis, mais de familiariser le sujet avec cette idée et de le faire revenir sous prétexte d'un examen bactériologique, par exemple. Ensuite, on proscrira le tabac, on insistera sur les soins à donner à la cavité buccale, et l'on défendra tout surmenage. Grâce à ces conseils, on verra souvent des syphilitiques présenter, après avoir contracté la vérole, une meilleure santé générale qu'avant. On interdira les rapports sexuels pendant les 4 premiers mois. On prescrira des bains d'amidon : on s'abstiendra des bains sulfureux qui provoquent souvent l'apparition de syphilides maculeuses.

Le traitement se basera avant tout sur le tempérament du sujet : au lymphatique on donnera, conjointement au mercure, de l'iodure de fer, et l'on suralimentera par la viande crue. L'arthritico-nerveux évitera les fatigues cérébrales, prendra des douches chaudes en pluie, se reposera à la campagne si possible.

L'auteur croit qu'on a tort d'abandonner le gaïac (30 gr. pour un litre d'eau en décoction), l'infusion de salsepareille (30 gr. pour un litre), car ces préparations ont une action réelle et influencent salutairement la mentalité de certains syphilitiques.

Comme traitement local du chancre, on lavera 3 fois par jour la région avec une solution contenant 0,25 gr. d'oxyanure de mercure pour un litre d'eau, et on fait saupoudrer ensuite avec du dermatol. L'excision du chancre, si elle n'enraie pas l'évolution de la syphilis, diminue les éléments d'infection. L'auteur n'a jamais observé de syphilis grave chez les nombreux malades qu'il a opérés.

Le phagédénisme sera combattu par l'application de peroxyde de zinc, 3 fois par jour, et les bains d'eau oxygénée à 12 volumes (6 ou 7 fois par jour).

Si l'induration du chancre persiste ou augmente, on prescrira 2 gr. d'iodure de potassium par jour.

Le nitrate d'argent et la teinture d'iode sont les caustiques de choix en cas de plaques muqueuses. Les accidents tertiaires seront traités localement par l'éther de pétrole iodé, l'huile de cade.

L'iodure, dans le tertiarisme, doit être maintenu comme médication : s'il a souvent échoué, c'est parce qu'on le donne à doses trop faibles. Il faut commencer par 2 gr. et arriver à 12 gr. par jour : les fortes doses (jusqu'à 6 gr.) seront bien tolérées si on les donne le soir dans 50 gr. de décocté de guimauve en lavement.

La leucoplasie buccale sera traitée par des badigeonnages biquotidiens avec :

Menthol.....	0.50 gr.
Alcool à 90°.....	5 gr.
Glycérine.....	50 gr.

Us. Ext.

E. VOGT.

Traitement de la blennorrhagie et de ses complications par les courants de haute fréquence (*Journ. de physiothérapie*, 15 juillet 1906). — SUDNIK de Buenos-Ayres traite depuis 10 ans ses blennorrhagiques par la haute fréquence, et il conclut de ses observations que les phénomènes inflammatoires cessent après 3 ou 4 applications, lorsqu'ils sont soignés dès le début. L'orchite dans les mêmes conditions, est enrayée de même : 8 à 15 séances sont nécessaires pour obtenir la guérison. Les bubons, les phlegmons sont injectés de même lorsque le traitement est commencé avant la suppuration.

On peut faire des applications directes ou se servir du résonateur : chaque procédé a ses indications, le second s'adressant plutôt aux formes subaiguës douloureuses, le premier aux formes chroniques. Les lavages électriques au moyen d'un liquide en contact avec une prise de courant représentent le meilleur procédé. Le liquide est légèrement antiseptique, le courant passe pendant 15 à 20 min., avec une intensité aussi grande que possible.

Après les premières applications, l'urine devient en général plus trouble, mais ce phénomène disparaît en cours de traitement.

Nous renvoyons au mémoire original pour les détails de technique.

E. VOGT.

Traitement de la blennorragie chronique par le nitrate d'argent et le cathéter de zinc, par BALZER et TANSARD (*Annales des mal. des organes génito-urinaires*, 1er mai 1906). — Ce procédé consiste à instiller dans l'urètre antérieur ou postérieur dix à vingt gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 0/0, et à introduire immédiatement après dans le canal un cathéter de zinc que l'on maintient en place pendant une à deux minutes; on est averti du moment où on doit le retirer par la douleur due à la réaction chimique et par l'apparition d'un précipité noir qui se forme dans la vaseline avec laquelle on a enduit le cathéter. Celui-ci doit être bouilli de préférence dans l'eau distillée, ou bien, s'il a été bouilli dans l'eau ordinaire, on doit le sécher avant de s'en servir ; il faut le nettoyer dès qu'il est sorti du canal avec une solution d'iodure de potassium, pour que la décomposition chimique ne continue pas ; il se produit, en effet, du nitrate de zinc, de l'argent et une quantité très minime de chlorure de zinc ; à la longue, le cathéter se recouvre d'une couche noirâtre : on est alors forcé de lui faire subir un polissage. Les cathéters employés correspondaient aux nos 32 et 40.

Les urètres ainsi traités n'ont jamais présenté d'escarres ni de rétrécissements cicatriciels ; ils ont été surveillés avec l'urétroscope. Cette méthode est indiquée dans presque tous les cas de blennorragie chronique, antérieure ou postérieure, avec ou sans gonocoques, dans les cas d'urétrocystite chronique, de prostatite chronique. Il faudra y joindre, selon les cas, la dilatation ou le massage de la prostate.

Trente-deux malades, soignés par ce procédé, ont été améliorés, treize ont été guéris.

M. DESCHAMPS.

Le traitement du lupus par la photothérapie à la clinique de l'hôpital Saint-Louis, par CHATIN (*Journal des maladies cutanées*, juin 1906). — Actuellement, on admet que le mode d'action de la photothérapie est identique à celui des caustiques chimiques, avec l'avantage de l'action en profondeur.

Quel que soit l'appareil employé (Finsen, Lortet-Genoud, Broca-Chatin), les séances durent une moyenne d'une heure, et provoquent, au bout de 2 à 3 jours, un érythème, avec œdème léger, dont il faut laisser l'évolution se terminer avant de pouvoir traiter à nouveau le même point (en général 8 jours après la première séance). Chaque point ne pouvant dépasser la surface

d'une pièce de 10 centimes, on comprend que le traitement soit long.

L'installation, en 1902-1903, de trois appareils à l'hôpital Saint-Louis, fit affluer un grand nombre de lupiques; on peut aujourd'hui examiner les diverses statistiques jusqu'ici publiées, bien qu'elles n'aient encore qu'une valeur relative. On constate en premier lieu que si Finsen n'obtint que 6 0/0 d'insuccès, les autres statistiques en donnent 25 à 30 0/0. Les raisons de cette anomalie sont en premier lieu que les divers appareils réduits, qui rendent la photothérapie plus pratique, n'ont pas la puissance curative du grand appareil de Finsen. En outre, à Copenhague, la méthode est appliquée avec un soin scrupuleux : au cours de la séance, le malade y est maintenu strictement immobile, la compression est exercée avec force, le pansement est surveillé et renouvelé.

Les lupus du centre des joues sont, au premier chef, justiciables de la méthode, ainsi que ceux des régions malaire, préauriculaire et mandibulaire. Ceux du nez, du pourtour des yeux, du menton, relèvent plutôt de la cautérisation ignée profonde, ou de la cautérisation par l'acide phénique.

Les petits lupus seront soumis à l'ablation chirurgicale, et les lupus anciens, à évolution scléreuse, seront traités par les scarifications et cautérisations au galvanocautère, et surtout par le curettage.

La scarification, associée ou non au permanganate de potasse, permet d'aplanir le plus rapidement les lupus ulcérés ou végétants : ce résultat une fois atteint, la photothérapie peut et doit intervenir pour terminer la guérison.

Dans certains lupus s'accompagnant d'œdème, d'ulcérations, on pourra se trouver bien de commencer par la radiothérapie, qui effectuera rapidement le nettoyage superficiel des lésions ; la photothérapie peut ensuite intervenir pour assurer la guérison des lésions en profondeur.

Dans le lupus érythémateux, la photothérapie amène, il est vrai, des guérisons presque inespérées dans la forme cutanée, mais dans quelques cas seulement. Au contraire, dans les formes superficielles, caractérisées surtout par de la congestion, sans tendance à la sclérose, la photothérapie donne d'assez bons et assez rapides résultats.

E. Vogt.

Valeur de l'iodure de calcium dans le traitement des ulcères, par Arbow Stephens (*Brit. med. J.*, 21 juillet 1906). — Il y a quelque temps, l'auteur avait publié les bons résultats qu'il avait obtenus du chlorure de calcium dans le traitement des engelures, surtout les engelures ulcérées. Dans la suite, il a employé cette substance avec avantage pour supprimer l'odeur nauséabonde qui se dégage des ulcères de jambes. Dans un de ces cas, il fit prendre à deux malades atteints d'ulcères putrides un gramme de chlorure de calcium trois fois par jour. Le résultat dépassa l'attente et, en quelques jours, les deux ulcères étaient débarrassés de leur odeur; en même temps, les bords de l'ulcère présentaient une tendance à guérir. Le même traitement fut appliqué avec un pareil succès à une série de malades se trouvant dans les mêmes conditions, et l'auteur remarqua même que la peau, autour de l'ulcère, prenait une apparence saine qu'on n'observe pas avec les ulcères qui ont guéri. Toutefois, cette marche favorable s'est arrêtée dans deux ou trois cas. Le chlorure de calcium accroît la coagulabilité du sang pendant quelques jours, puis cette action cesse, il en est de même de l'action favorable sur l'ulcère. Dans ces conditions, l'auteur a eu recours à l'iodure de calcium, sel cristallisé très déliquescent, qui dégage de l'iode à l'air libre. Le résultat de cette thérapeutique a dépassé toute attente, d'après l'auteur. Les bords calleux de l'ulcère ont repris un volume normal et la lésion a guéri très rapidement.

Le résultat a été excellent dans les cas d'ulcérations syphilitiques de la bouche. Deux cas d'ulcère cancéreux ont été très favorablement influencés par l'iodure de calcium en ce qui concerne l'odeur, la sécrétion et la douleur.

Les résultats obtenus avec les sels de calcium sont très intéressants, si l'on considère la grande proportion de calcium dans l'organisme. Le squelette contient plus de 60 0/0 de sels de calcium. Leur proportion baisse de 57 à 27 0/0 dans le rachitisme. Dans d'autres maladies, les sels de calcium sont aussi beaucoup réduits, notamment dans la syphilis, qui affecte les os et les dents.

L. Jumon.

Le traitement des dermatoses prurigineuses par la radiothérapie, par Belot (*Congrès de Lyon*, 2-9 *août* 06). — L'auteur, s'appuyant sur une expérience déjà longue, estime qu'avec des doses faibles (2 à 3 H.) et peu fréquemment répétées, on arrive à la disparition non seulement du prurit, mais aussi de la dermatose concomitante quand

elle existe, dans : névrodermite de Brocq et Jacquet, purit anal et scrotal, prurigo, eczéma chronique nummulaire, lichen ruber planus, séborrhéides, etc.

L'action est analogue à celle des topiques et l'on n'obtiendra de résultat définitif qu'en soignant l'état général, le régime et l'hygiène.

Au cours de la discussion qui suivit, GUILLEMINOT dit avoir traité par la haute fréquence un eczéma, et avoir constaté avec surprise qu'une plaque non traitée par la haute fréquence a guéri, ce que semble ne pouvoir pas faire la radiothérapie.

BORDIER, à propos de l'action des courants de haute fréquence sur l'eczéma, rapporte le cas d'un malade atteint d'eczéma des ongles et des extrémités des doigts depuis sept à huit ans, lequel avait été soigné sans le moindre succès par des médecins de Lyon et de Paris. Il fit à ce malade une séance des rayons X sur l'extrémité des doigts de la main en appliquant la dose de la teinte I de son chromoradiomètre. La réaction commença dix jours après et ce qu'il y eut de tout à fait surprenant, c'est que l'eczéma des doigts de la main droite qui n'avait pas reçu la moindre dose de rayons X se mit à guérir spontanément sans réaction et que les ongles ainsi que les doigts eurent plus vite repris leur état normal que du côté traité.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Traitement de l'hypertrophie de la prostate par les rayons X, par LURASCHI et CARABELLI (*Annales d'électrobiologie et de radiologie*, janvier 1906). — Les auteurs ont traité deux malades atteints d'hypertrophie de la prostate par les rayons X : ces malades présentaient de la dysurie, de la fréquence des mictions, de la douleur. Ils ont été très améliorés par ce traitement : le premier vit ses mictions devenir beaucoup plus faciles au bout de quinze séances à 2 ou 3 par semaine, puis tous les 15 jours ; le second malade eut dix séances, au bout desquelles il vit la douleur à la miction disparaître, le jet devenir plus facile, et ses mictions diminuer considérablement de fréquence, puisqu'il urinait auparavant toutes les demi-heures et qu'à la suite il pouvait retenir ses urines pendant 5 heures. Les deux malades, revus un an après, étaient toujours en bon état.

La technique employée varie un peu de celle de Moskowicz, qui employait un spéculum rectal. Dans le cas présent, le malade était mis sur un plan incliné, le périnée exposé à l'ampoule, distante de 20 à 25 centimètres, sur une surface circulaire dont le diamètre vertical allait de la racine du scrotum à l'anus et délimitée par un orifice percé dans une plaque de plomb qui protégeait les parties voisines ; d'autres feuilles de plomb protégeaient les cuisses et la région inguinale.

Les conclusions des auteurs sont : 1° les rayons X ont une influence sur l'hypertrophie du premier stade (hypertrophie glandulaire), beaucoup plus qu'à la période tardive, quand l'hypertrophie est devenue fibreuse ; 2° ils ont une action favorable sur la douleur ; 3° le traitement doit être essayé avant de proposer l'ablation de la prostate, qui conserve toujours ses indications.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'épididymite blennorrhagique par l'épididymotomie, par BAZET (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 avril 1906). — Dans l'épididymite blennorrhagique, le traitement le plus rationnel est l'épididymotomie : elle supprime rapidement la douleur et la guérison est plus prompte.

L'incision de l'épididyme doit être faite dès que l'affection est diagnostiquée : elle est pratiquée au niveau du ligament scrotal, de façon à ne pas ouvrir la vaginale : lorsque la cavité est ouverte, on ponctionne les nodules, s'ils contiennent du pus, et on panse avec une mèche de gaze imbibée de glycérine ichtyolée au 1/10e. La plaie guérit en une semaine.

M. DESCHAMPS.

Néo-urétéro-cystostomie par la voie vaginale, par PHENOMENOV (*Zentr.-Bl. f. Gynækol.*, 3 février 1906). — Cette opération fut faite chez une femme qui présentait une fistule de l'uretère s'ouvrant dans le cul-de-sac vaginal droit, consécutive à un sphacèle dû à un accouchement laborieux.

On disséqua autour de l'orifice fistuleux une collerette de muqueuse vaginale de 25 millimètres de diamètre, et on poursuivit cette dissection dans la profondeur tout autour du conduit urétéral sur une certaine

longueur, en ménageant autour de ce conduit une certaine épaisseur de tissu adjacent, de façon à ne pas le dénuder pour ménager sa nutrition.

Puis on introduisit une sonde dans la vessie au niveau de cette saillie et on passa un fil à travers la collerette urétérale ; ce fil fut passé dans la vessie en l'attachant à l'extrémité de la sonde et fut attiré au dehors de l'urètre ; du même coup, l'orifice fistuleux fut attiré dans la vessie. On plaça quelques points non perforants pour fixer l'uretère à l'incision vésicale, et d'autres points sur la tranche vaginale. Une sonde à demeure fut laissée deux jours, et, deux semaines plus tard, le cystoscope montra que l'abouchement fonctionnait régulièrement.

M. DESCHAMPS.

Tumeur intra-pariétale de la vessie, d'origine inflammatoire, par VON HABERER (*Société des médecins de Vienne*, 4 mai 1906). — Cette tumeur apparaît à un malade de 30 ans, qui présentait des signes de cystite, avec un peu de sang dans ses urines, mais pas de pus. La palpation bimanuelle et la cystoscopie montraient une tumeur de la grosseur d'un poing d'enfant, qui faisait saillie au niveau de la paroi latérale droite de la vessie ; on fit le diagnostic de sarcome.

On pratique la taille sous-pubienne et, en ouvrant la cavité de Retzius, on s'aperçut qu'il s'agissait d'une tumeur inflammatoire développée dans la paroi de la vessie et contenant du pus et des débris nécrosés ; cette cavité fut curettée et drainée, sans qu'on ouvrît la vessie ni le péritoine. Le pus fut stérile à l'ensemencement : le malade guérit.

L'étiologie de cet abcès est rapporté par l'auteur à une cure radicale de hernie que le malade avait subie 4 ans auparavant ; d'ailleurs, Kapsammer avait publié autrefois plusieurs observations identiques. Les points de Bassini auraient été passés dans l'épaisseur de la paroi vésicale et auraient déterminé la formation de ce noyau inflammatoire.

M. DESCHAMPS.

Contribution à l'étude des ruptures traumatiques de la vessie, par MOREL (*Annales des malad. des organes génitaux*, 1er juin 1906). — L'auteur rapporte quatre observations de rupture de la vessie, et il en tire les conclusions suivantes :

Dans les ruptures intra-péritonéales, le contenu vésical est à peu près toujours le même ; le malade émet à chaque miction la même quantité d'urine, car, lorsque le niveau de l'urine s'élève dans la vessie jusqu'à l'orifice de rupture, celle-ci s'écoule dans la cavité péritonéale.

La réplétion de la vessie se fait instantanément, si après avoir sondé le malade, on le fait lever car l'urine de la cavité péritonéale passe immédiatement dans la vessie ; de sorte que le cathétérisme donne aussitôt après une quantité d'urine à peu près égale à celle de la miction précédente ; la cavité péritonéale et la vessie sont alors deux vases communiquants.

Chez les paralytiques généraux, la rupture de la vessie est favorisée par sa tolérance qui permet la distension jusqu'à l'éclatement, et par la dégénérescence du muscle vésical qui permet à un traumatisme minime de provoquer la rupture.

M. DESCHAMPS.

Des calculs vésicaux en Egypte, par GOEBEL (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1906, f. 2). — Les calculs vésicaux sont très fréquents en Egypte : cette fréquence est due à la bilharziose. Le mécanisme de leur production est complexe : le calcul peut se former autour des œufs du parasite formant les noyaux centraux, ou bien autour des amas de cellules épithéliales provenant de la desquamation abondante provoquée par la maladie ; enfin, il existe des incrustations de la muqueuse par des amas d'œufs.

Les calculs se forment sur place, les calculs rénaux primitifs étant très rares; d'autre part, les calculs phosphatiques sont également rares, car, dans la cystite bilharzienne, les urines restent acides. La cystite lithiasique bilharzienne est particulièrement douloureuse.

Au point de vue du traitement, la taille doit être préférée à la lithothritie, parce qu'elle permet de curetter la muqueuse vésicale pour la débarrasser des œufs qui peuvent l'incruster.

M. DESCHAMPS.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Prophylaxie et traitement du scorbut infantile, par GEORGE F. STILL. (*Brit. med. J.*, 28 juillet 1906). — Le scorbut est une maladie absolument évitable. C'est d'abord la

nature de l'alimentation qu'il faut incriminer : aliments spécialisés contenant du lait condensé, préparés avec de l'eau, aliments spécialisés, préparés avec du lait frais, condensé, stérilisé. Le lait frais employé a, en général sinon toujours, été chauffé jusqu'à ébullition pendant la préparation. Il semble cependant que le lait a peu de tendance à produire le scorbut si on le chauffe simplement jusqu'à ébullition pendant quelques secondes, comme on le fait habituellement.

Pour prévenir l'apparition du scorbut chez un enfant alimenté avec des produits qui prédisposent à la maladie, il est bon d'ajouter au régime un aliment antiscorbutique, comme du jus de viande crue, du jus d'orange ou de raisin. Il faut se garder de donner du jus de viande préparé industriellement ou des préparations de viande concentrée, qui n'ont pas de valeur à ce point de vue. Le jus de viande cuite ne possède de même aucune action. Il faut même que le jus de viande crue provienne de la viande fraîche.

Lorsque le jus de fruit n'a pas d'action, c'est que la dose est insuffisante. La pomme de terre a une propriété antiscorbutique incontestable, mais elle semble moins convenir comme remède prophylactique, et bien qu'elle soit supportée pendant des semaines de traitement, elle détermine plus facilement des troubles digestifs que le jus de fruit, et on ne peut la donner aussi longtemps. La pomme de terre est préparée bouillie ou à la vapeur, puis réduite en purée et mélangée à du lait. En général on donne deux cuillérées à thé de purée de pommes de terre au lait trois ou quatre fois par jour. En outre on peut donner en même temps deux cuillérées à thé de jus de viande crue trois ou quatre fois en vingt-quatre heures, et quelquefois du jus d'orange à raison d'une demi-cuillerée à thé deux ou trois fois par jour. Dans tous les cas on surveillera les enfants au point de vue de la diarrhée qui est toujours ici une complication sérieuse. En même temps l'enfant est mis au lait chauffé jusqu'au point d'ébullition et dilué avec de l'eau. Enfin on évitera de remuer et de manipuler les enfants pour leur éviter toute douleur.

L. JUMON.

Traitement de la furonculose des nourrissons par la ventouse de Bier-Klapp, par MAUTNER (*Allg. Wiener med. Ztg*, 12 *juin* 1906). — Grâce à de petites ventouses, l'auteur obtient l'hypérémie active en ne vidant pas entièrement la ventouse, ce qui provoque l'afflux de sang artériel, ou l'hypérémie passive en la vidant entièrement, ce qui rend plus malaisée la circulation veineuse centripète. Pour le traitement de la furonculose, l'auteur recommande des applications de 2 à 3 min. de durée (hypérémie active) ; en cas de collection purulente marquée, il débute par une incision et l'aspiration par hypérémie passive. La difficulté principale consiste dans l'appréciation du degré d'aspiration utile.

Ces résultats obtenus sont dignes d'intérêt. La durée du processus est diminuée dans de grandes proportions, on n'observe jamais d'érysipèle et l'on empêche toute réinfection par inoculation dans le pourtour du furoncle. Si le pus n'est pas encore formé, on évite cette éventualité, bien plus, on favorise la résorption de minimes quantités de pus, s'il en existe déjà. Ce dernier phénomène s'observe même souvent quand la collection purulente est déjà notable.

Le procédé est indolore et l'on n'est jamais obligé de rouvrir les petites plaies des incisions : celles-ci ne seront jamais grandes, et leur cicatrisation ne laisse pas de traces durables.

E. VOGT.

Le pronostic de l'hydrocéphalie, par VARIOT (*Journ. des praticiens*, 30 juin 1906). — L'auteur a observé quelques cas de guérison, mais les troubles psychiques persistent, l'enfant reste idiot ou peu intelligent, il présente de la paraplégie spasmodique, etc. Il ne faudrait donc pas souhaiter la survie d'un hydrocéphale, mais les familles demandent un traitement ; on donnera la préférence aux sirops de lacto ou chlorhydro-phosphate de chaux (0,25 gr. de substance active par cuillerée à café).

E. VOGT.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Contribution à l'étude du fer végétal. Emploi thérapeutique du rumex crispus, par GILBERT et LEREBOULLET (*Les nouveaux remèdes*, 24 août 1906). — Le fer se trouve dans les plantes à l'état de combinaison lâche (facilement décelable par les réactions ordinaires), ou masquée (les réactifs sont

impuissants pour la plupart à le déceler). Malheureusement, l'utilisation du fer en combinaison masquée est pratiquement difficile, car sa quantité est minime dans la plupart des végétaux ; le *rumex crispus* fait toutefois exception sous ce rapport, et peut être rendu plus riche encore en fer organique, si on le cultive dans certaines conditions,parmi lesquelles l'arrosage avec une solution de carbonate de fer joue le rôle principal : les racines peuvent alors contenir jusqu'à 0,447 gr. de fer pour 100 gr. de substance sèche. Or, la nourriture quotidienne de l'homme contient de 20 à 100 milligrammes de fer.

La racine pulvérisée présente une amertume prononcée ; il faut donc la faire ingérer en cachets ou capsules de 0,50 à 0,75 grammes. Les auteurs l'ont donnée depuis deux ans à la dose de 1 gr. 50 à 3 gr. par jour, au moment des repas, à plusieurs malades. Depuis quelque temps, cette poudre a été débarrassée du principe drastique qu'elle contenait et est devenue tout-à-fait digestible.

Les meilleurs effets ont été obtenus dans la chlorose et la chloro-anémie tuberculeuse. Dans les anémies symptomatiques, les résultats sont beaucoup moins nets.

E. Vogt.

Sur la saïodine, préparation d'iode, par Fr. Junker (*Munch. med. Woch.*, 28 août 1906). — Jusqu'à présent, l'emploi endermique ou percutané de l'iode n'avait trouvé qu'un champ limité d'applications. Fischer et V. Mering ont découvert une nouvelle combinaison organique d'iode, qui n'a pas les actions accessoires pénibles des iodures alcalins. C'est la saïodine ou monoiodobéhénate de calcium, qui contient 36 p. d'iode, poudre blanche, stable, insipide et insoluble dans l'eau. Ce médicament a été donné à une cinquantaine de malades de la policlinique de Heidelberg. Les résultats ont été très favorables dans les cas où il a été administré : syphilis tertiaire et secondaire, artériosclérose de formes diverses, asthme bronchique, bronchite chronique, emphysème pulmonaire, goutte chronique, arthrite chronique, intoxication saturnine et affections du système nerveux central. La dose a été de 1,5 à 3 grammes par jour et a été portée dans quelques cas à 5 grammes. Au point de vue de l'iodisme, la saïodine est certainement supérieure, d'après Junker, à tous les iodiques employés jusqu'à présent. Ses effets ont été excellents dans l'artériosclérose et l'emphysème pulmonaire.

Les accès d'asthme sont devenus beaucoup plus rares chez les malades soumis à son action. Quant à son influence thérapeutique sur la syphilis elle est la même que celle de l'iodure de potassium à doses égales, bien que la saïodine ne contienne que le tiers de la proportion d'iode de l'iodure de potassium. Comme elle est incomparablement mieux supportée, on peut augmenter les doses et les continuer pendant longtemps.

L. Jumon.

Recherches sur l'action de la protyline sur l'élimination du phosphore chez l'homme, par O. Neumann (*Munch. med.*, 7 août 1906). — L'importance croissante qu'ont acquise les combinaisons phosphorées en thérapeutique a fait naître un grand nombre de préparations organiques et inorganiques. Parmi les premières, la protyline, qui est une paranucléine où le phosphore est introduit dans la molécule d'albumine sous forme d'anhydride, est intéressante à étudier en raison de sa composition. L'auteur a cherché si la protyline, prise à doses croissantes, peut suppléer à l'albumine et au phosphore dépensés par l'organisme et comment les échanges phosphorés et albuminoïdes se font, lorsqu'on ajoute à l'alimentation déjà suffisante de grandes quantités de protyline. Ces recherches montrent qu'en remplaçant une partie de l'albumine et du phosphore alimentaires par des quantités suffisantes de protyline, l'équilibre des échanges azotés et phosphorés se trouve maintenu. Si maintenant on ajoute à l'alimentation ordinaire de grandes quantités de cette substance, on constate une assimilation de l'azote et en même temps une rétention du phosphore. On peut donc conclure que le phosphore et l'albumine de la protyline sont absorbés et assimilés dans l'organisme au profit des cellules.

L. Jumon.

La tuberculinine, poison tuberculeux cristallisé, par M. G. Baudran (*Acad. des Sciences*, 30 juillet 1906). — L'auteur a extrait des corps de bacilles tuberculeux isolés, lavés longuement à l'eau froide, puis triturés avec du sable fin calciné, une substance cristallisant en fines aiguilles microscopiques, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme et donnant les réactions des alcaloïdes. Le mode opératoire et les véhicules employés sont les mêmes que

pour l'extraction de l'ergotinine. La proportion obtenue est de 0.06 à 0.10 pour 100.

Cette substance se comporte comme une base ferme, et donne, avec les acides minéraux, des sels solubles dans l'eau : mais les acides organiques donnent avec elle des solutions stables. Une parcelle délayée dans un peu d'éther, et additionnée d'acide sulfurique nitreux donne une coloration rouge devenant violette par la suite.

La tuberculinine, injectée à des cobayes sains, de poids moyen, à la dose de 0 gr. 0008, les fait mourir entre 8 et 15 jours, sans déterminer aucune lésion apparente des organes essentiels qu'une hyperémie du rein et des capsules surrénales. Injectée à la même dose à des animaux porteurs de lésions tuberculeuses, elle les tue entre 12 et 18 heures.

Appliquant alors à cette substance une méthode qui lui a permis de transformer les alcaloïdes végétaux en corps inoffensifs et même en antitoxiques, chacun pour l'alcaloïde dont ils sont dérivés (traitement par le permanganate de calcium), M. Baudran a obtenu une antituberculinine avec laquelle il s'est livré à une série d'expériences intéressantes. Ce produit, injecté à des cobayes sains à la dose de 1 centimètre cube, leur permet de recevoir 12 heures après une injection mortelle de tuberculinine sans en éprouver le moindre inconvénient: au bout de cinq mois, ils étaient encore parfaitement sains.

Deux lots de six cobayes ont été infectés, les uns avec des bacilles humains, les autres avec des cultures bovines. Dans chaque groupe, trois animaux sont laissés comme témoins et meurent en cinq ou sept semaines en présentant des lésions caractéristiques. Les autres sont traités dès l'apparition des ganglions et avant qu'ils ne commencent à maigrir. Ils reçoivent chaque semaine une injection de un centimètre cube d'antituberculinine. Au bout de trois semaines environ, les ganglions commencent à se résorber et les abcès se cicatrisent : les animaux sacrifiés huit mois après paraissent sains ou ne présentent que des lésions insignifiantes consistant surtout en tractus fibreux sur le foie.

L'injection est fort bien supportée et ne détermine jamais d'élévation de température, mais plutôt un léger abaissement. M. Baudran a mis en traitement, d'autre part, vingt bovidés qui reçoivent chacun par semaine 20 centimètres cubes de la solution. Jusqu'à présent, les animaux sont restés en parfaite santé.

M. Baudran a commencé des expériences sur lui-même qui lui ont montré jusqu'ici que les injections de son antituberculinine étaient indolores, et complètement inoffensives, même répétées pendant plusieurs semaines.

R. Blondel.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec (Cours de vacances). — Un cours clinique et pratique de manœuvres de diagnostic (examens de malades et techniques de laboratoire) commencera le lundi 17 septembre 1906 (matin) et comportera 24 leçons faites le matin à 9 heures et demie et le soir à 2 heures et demie, dans les salles et au laboratoire de la clinique Laënnec, par MM. Marcel Labbé, agrégé et Léon Bernard, médecin des hôpitaux ; Lortat-Jacob, Laignel-Lavastine et Salomon, chefs de clinique ; Henri Labbé, chef de laboratoire, sous la direction de M. le Professeur Landouzy.

Lundi 17 *septembre*. — Matin : Les syndromes rénaux. — Soir : Techniques d'exploration de la perméabilité rénale. Bleu de méthylène ; cyroscopie : toxicité urinaire.

Mardi 18 *septembre*. — Matin : Les affections tuberculeuses des reins. Examen histologique et bactériologique des urines. — Soir : Examen chimique des urines. Prin-

cipe moraux : Urée. Chlorures. Phosphates. Coefficients urinaires.

Mercredi 19 *septembre.* — Matin : Les syndromes surrénaux. — Soir : Examen chimique des urines. Principes anormaux. Sucre. Albumine. Pigments biliaires. Indican. Diazo-réaction.

Jeudi 20 *septembre.* — Matin : Diagnostic des états typhoïdes : dothiénenthérie. Typhobacillose. Séro-diagnostic. Examen des selles. Culture du sang. — Soir : Diagnostic des hémiplégies organiques et fonctionnelles.

Vendredi 21 *septembre.* — Matin : Diagnostic de la tuberculose. Formes communes, frustes, larvées. Stéthoscopie. Spirométrie. — Soir : Le syndrome d'hyperglycémie. Les diabètes sucrés.

Samedi 22 *septembre.* — Matin : Diagnostic de la tuberculose : Examen des crachats. Inoculations. Injections de tuberculine. Sérodiagnostic. — Soir : Syndromes paraplégiques. Ponction lombaire. Examen du liquide céphalo-rachidien. Cystoscopie : méningites, fractures du crâne.

Dimanche 23 *septembre.* — Matin : Diagnostic bactériologique des angines.

Lundi 24 *septembre.* — Matin : Examen bactériologique et cystologique des liqui- Les syndromes d'insuffisance hématique. Ochrodermies. Oligémies. Anémies pernicieuses. Chlorose.

Mardi 25 *septembre.* — Matin : Les syndromes hépatiques. — Soir : Diagnostic clinique des formes communes et frustes de tabès. Signe d'Argyl-Robertson. Syndromes radiculaires. Névrites.

Mercredi 26 *septembre.* — Matin : Les syndromes cardiaques et vasculaires. Cardiographie. Shygmographie. Tension artérielle et sphygmomanométrie. — Soir: Préparations de sang sec. Formules hémoleucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytaires. Valeur diagnostique des leucocytoses.

Jeudi 27 *septembre.* — Matin : Nutrition. Entretien organique et énergétique du corps humain. Matière alimentaire. Bromatologie. — Soir : Examen du sang. Globules. Hémoglobine.

Vendredi 28 *septembre.* — Matin : Nutrition. Entretien et réparation de l'organisme humain. Valeur comparée des aliments. Régimes diététiques. — Soir : Diagnostic des adénopathies et splénomégalies. Leucémies et pseudoleucémies.

Samedi 29 *septembre.* — Matin : Les syndromes gastriques et intestinaux. — Soir : Examen chimique du suc gastrique et des matières fécales.

Le montant du droit à verser est de 100 fr. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement relatifs au cours sont délivrés dès à présent jusqu'au 17 septembre 1906, au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis de midi à 3 heures.

Décret relatif au recrutement des médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. — Article premier. — Les médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés sont recrutés par concours annuel, ayant lieu à Paris dans le premier trimestre de chaque année.

Art. 2. — Les candidats devront être Français et docteurs en médecine d'une des facultés de l'Etat, avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée et ne pas avoir trente-trois ans révolus avant le 1er janvier qui précède le concours.

Ils devront justifier d'un stage de deux années au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme chefs de clinique ou internes des hôpitaux nommés au concours.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Cette demande sera accompagnée de l'acte de naissance du postulant, de ses états de service, d'un exposé de ses titres, d'un résumé restreint de ses travaux, du dépôt de ses publications, ainsi que des pièces faisant la preuve de son stage et de l'accomplissement de ses obligations militaires.

Art. 3. — Le jury chargé de juger le résultat du concours sera composé comme suit :

1° Un inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, désigné par le ministre, président ;

2° Un professeur ou agrégé choisi par le ministre de l'Intérieur sur une liste des trois noms présentés par la Faculté de médecine de Paris ;

3° Deux professeurs titulaires de Facultés de médecine de l'Etat, ou, à défaut, des agrégés ou chargés de cours des

maladies mentales en exercice dans les mêmes facultés ;

4° Trois directeurs-médecins ou médecins en chef d'asiles publics d'aliénés ou de la maison nationale de Charenton, exerçant ces fonctions depuis au moins trois ans ;

5° Enfin, un juré suppléant pris parmi les directeurs-médecins ou médecins en chef des mêmes établissements.

Tous les jurés seront désignés par le ministre de l'Intérieur sur la proposition du comité des inspecteurs généraux ; les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours seront choisis dans des facultés différentes.

Les directeurs médecins et les médecins en chef devront eux-mêmes être pris dans des établissements différents et, en outre, appartenir à des asiles situés hors du ressort des académies qui auront fourni les professeurs, les agrégés ou les chargés de cours. Cependant pour l'application de cette dernière règle, il ne sera pas fait état du juré visé au paragraphe 2 du présent arrêté.

En cas d'absence, le président est remplacé par un autre inspecteur général des services administratifs, désigné par le ministre de l'Intérieur.

En cas d'absence parmi les autres membres du jury, il serait fait appel au juré suppléant pour remplacer le premier juré absent et les épreuves continueraient de plein droit avec les membres restants.

Art. 4. — Les épreuves seront toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général président.

Elles seront au nombre de six, savoir :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats ; le maximum des points sera de 30.

2° Une question écrite portant sur l'organisation des asiles publics d'aliénés et sur la législation des aliénés, pour laquelle il sera accordé deux heures.

Le maximum des points sera de 10.

Les copies devront être écrites lisiblement et porter une devise.

Cette devise sera reproduite avec le nom du candidat, et mise par celui-ci sous enveloppe cachetée.

BIBLIOGRAPHIE

Technique du Traitement des Tumeurs blanches, par F. Calot, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, de l'hôpital Cazin-Perrochaud, de l'Institut orthopédique de Berck, etc. 1 vol. grand in-8°, de 274 pages, avec 192 figures dans le texte. (Masson et Cie, Editeurs), 7 fr.

Tous les praticiens ont, dans leur clientèle, à soigner des tumeurs blanches. Dans l'ouvrage que nous annonçons, le Dr Calot leur indique le meilleur traitement, efficace et pratique à la fois, des tumeurs blanches en général et de chaque cas en particulier. Il expose la technique de ce traitement, entrant dans les plus petits détails, de manière à aplanir la route à chaque pas et à conduire le médecin, comme par la main, du commencement à la fin de la maladie. S'appuyant sur son expérience personnelle des diverses méthodes thérapeutiques, l'auteur préconise par-dessus tout les injections intra-articulaires qui, par leur efficacité, leur bénignité, leur facilité d'exécution, sont le traitement de choix des tumeurs blanches, le plâtre seul ou les opérations sanglantes devant rester des traitements d'exception.

Cet ouvrage est écrit dans le même esprit pratique que ses deux devanciers sur la coxalgie et la luxation congénitale de la hanche. L'exposition est simple et précise ; le nombre et la netteté des figures ajoutent encore à la clarté du texte. Avec un pareil guide, tout médecin pourra, sans crainte de s'égarer, aborder désormais le traitement des tumeurs blanches et arriver à rendre au malade un membre toujours très utile et souvent même complètement normal.

Paris. — G. Camproger, 52, r. de Provence. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Congrès d'hygiène et d'assistance. — Le Congrès se tiendra à l'Hôtel de Ville de Tourcoing, du 19 au 23 septembre 1906, à l'occasion de l'Exposition internationale des industries textiles.

1. Hygiène urbaine. — *Mercredi* 19 *septembre*, à neuf heures du matin (présidence de M. le Dr Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille) :

A. Communication sur les « postes sanitaires », par M. Féver, chef de division à la préfecture du Nord.

B. Communication sur « l'organisation générale des moyens de prévention contre les maladies contagieuses ; — Désinfection », par M. le Dr René Potelet, inspecteur départemental d'hygiène.

C. Discussion du rapport sur le « tout à l'égout » présenté par M. le Dr Julien, directeur de l'Office sanitaire de Tourcoing.

Après-midi, à deux heures et demie : Démonstration à l'hôpital des procédés expérimentés pour le « tout à l'égout » ; — à quatre heures et demie : Visite de l'Expostion.

Jeudi, 20 *septembre*, à neuf heures du matin (présidence de M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de la Ville de Paris) :

A. Communication sur « la distribution d'eau potable », par M. Nourtier, ingénieur des arts et manufactures, directeur du service des eaux de Roubaix-Tourcoing.

B. Communications sur « la fièvre thyphoïde », par M. le Dr Julien.

C. Discussion du rapport sur « l'épuration des eaux résiduaires », présenté par M. Grimpret, ingénieur des ponts et chaussées.

Après-midi, à deux heures et demie : Visite au mont des Bonnets du réservoir des eaux potables.

A quatre heures : Visite à l'Usine à gaz ; démonstration de divers procédés sur « l'épuration des eaux résiduaires ». — Le soir, à huit heures et demie : Fête de nuit à l'Exposition.

II. Assistance. — *Vendredi* 21 *septembre*, à neuf heures du matin (présidence de M. Paul Strauss, sénateur, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique) :

A. Communication sur « l'organisation du bureau de bienfaisance », par M. Maurice Cordier, vice-président du bureau de bienfaisance de Tourcoing.

B. Communication sur « l'oragnisation de l'hospice », par M. Jules Lahousse, directeur de l'hpital de Tourcoing.

C. Communication sur « l'influence de l'état hygrométrique sur l'apparition et le développement du choléra infantile », par M. le Dr Dercherf, médecin de la sauvegarde des nourrissons.

D. Communication sur « les résultats médicaux de la Sauvegarde des nourrissons », par M. le Dr Lagache, médecin de la Sauvegarde des nourrissons.

E. Discussion du rapport sur « l'organisation générale de la Sauvegarde des nourrissons », présenté par M. Victor Dubron, avocat à la Cour d'appel de Douai, président du Comité du Nord de l'alliance d'hygiène sociale.

Après-midi, à deux heures et demie : Visite de l'hospice du bureau de bienfaisance, de l'établissement de bains, d'une crèche, de l'hôpital (siège de la Sauvegarde).

Samedi 22 septembre, à neuf heures du matin (présidence de M. Mirman, directeur des services de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur) :

A. Communications sur « un essai de traitement à domicile des tuberculeux », par M. le Dr Julien.

B. Communication sur « l'organisation hospitalière », par M. X.

C. Communication sur l'exploitation de la ferme des hospices », par M. Merchier, juge de paix à Lille, rapporteur de la Société des Agriculteurs du Nord.

D. Discusion du rapport sur « l'assistance par le travail » présenté par M. le Dr Dron, député, maire de Tourcoing.

Après-midi, à deux heures et demie : Visite du sanatorium, de l'atelier mécanique de l'assistance par le travail et de la ferme des hospices.

Dimanche 23 septembre, à onze heures du matin (sous la présidence de M. Casimir Perier, ancien président de la République, président de l'Alliance d'hygiène sociale). Séance de clôture. — Banquet à une heure, dans la salle des fêtes de l'Exposition.

Le XIVe Congrès international d'hygiène et de démographie aura lieu en 1907, à Berlin, et durera du 23 au 29 septembre. Le Comité d'organisation, sous la présidence de M. Bumm, président de l'Office impérial de l'hygiène, a tellement fait avancer les travaux préparatoires pour le Congrès que, sous peu, les invitations pourront être expédiées. Les travaux du Congrès, qui se tiendra probablement au Reichstag, se divisent en huit sections :

Sect. I : Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène ;
Sect. II : Hygiène alimentaire et physiologie appliquées à l'hygiène ;
Sect. III : Hygiène de l'enfance et des écoles ;
Sect. IV : Hygiène professionnelle et assistance aux classes ouvrières ;
Sect. V : Lutte contre les maladies infectieuses et assistance aux malades ;
Sect. VI *a* : Hygiène des habitations et des localités ;
Sect. VI *b* : Hygiène du service des transports en commun ;
Sect. VII : Hygiène militaire, coloniale et navale ;
Sect. VIII : Démographie.

A l'occasion du Congrès sera organisée une exposition scientifique, sous la direction de M. le Dr Rubner, professeur et conseiller intime de médecine, Berlin, N., Hessischestr., 4. Le secrétaire général du Congrès est M. le médecin principal en retraite Nictner. Le bureau se trouve à Berlin w., 9, Eichhornstr., 9.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement
Par le Dr **F. Lagrange**.
volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
rofesseur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
vol. in-8° ..... 5 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

TECHNIQUE DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS DES TUMEURS BLANCHES (1)

(*Suite*)

La conduite à tenir pour produire la fonte ou la sclérose des fongosités

On se conduit ensuite d'une manière différente suivant qu'on veut ou non reproduire un épanchement articulaire, c'est-à-dire suivant qu'on recherche la fonte ou la sclérose des fongosités.

Pour obtenir la sclérose, on injecte de l'huile créosotée iodoformée et l'on ne fait qu'*une injection par semaine*, on cesse lorsqu'on est arrivé au chiffre de 8 ou 9 injections.

Pour obtenir la fonte des fongosités, on injecte le mélange de naphtol et de glycérine et l'on fait *une injection tous les jours*, jusqu'à ce que survienne l'épanchement articulaire.

Celui-ci se produit vers le 4e jour (quelquefois au 3e et quelquefois seulement au 5e ou au 6e jour).

Dès que le liquide s'est formé, on commence par une ponction et on finit par une injection, suivant la technique déjà étudiée précédemment pour les tumeurs blanches avec épanchement existant d'emblée.

Et à partir de ce moment, on espace les séances, on n'en fait plus qu'une tous les 5 ou 6 jours, ce qui repose le malade car les injections quotidiennes du début l'avaient fatigué...

La réaction causée par les injections. En effet les injections causent toujours une certaine fatigue et une certaine réaction, quelles qu'elles soient, même les injections d'iodoforme ; mais cette réaction est plus notable après les injections de naphtol, surtout après les injections qu'on est obligé de répéter chaque jour au début pour produire l'épanchement articulaire.

Il ne s'agit pas de la réaction immédiate produite par la piqûre, car la sensibilité

(1) Extrait de : *Technique du traitement des tumeurs blanches par le* Dr F. Calot (*Paris Masson et Cie, éditeurs*).

est nulle ou insignifiante avec nos liquides (tandis qu'avec les injections de chlorure de zinc, la douleur est atroce pendant plusieurs heures, comme on sait).

Nous, nous voulons parler de la réaction générale ; d'ailleurs voulue, du lendemain et des jours suivants — réaction qui se traduit par les phénomènes généraux et locaux d'une inflammation banale subaiguë, de la formation d'un abcès ni froid, ni chaud, d'un abcès « tiède » si j'ose dire. On observe un certain malaise, de l'inappétence, un sommeil moins bon, en même temps qu'un peu de gonflement et de sensibilité de la région articulaire.

La température atteint 38°, 38°,5 et même parfois 39° et 39°,5, avec les doses que nous avons indiquées.

Mais on peut modérer cette réaction, l'atténuer à volonté, tout en obtenant l'effet cherché, à savoir : la fonte des fongosités.

Si donc, après la 1re injection ou la 2e, la température monte, cela est un bon signe en ce sens que cela annonce la formation très prochaine de l'épanchement articulaire.

Mais il ne faut pas cependant que la douleur et les autres symptômes dépassent une certaine limite et que la température reste par exemple, au delà de quelques jours, à 39°.

Sachez qu'il est facile de faire tomber la réaction trop vive ; il suffit pour cela de suspendre les injections pendant un ou plusieurs jours, ou bien de ne plus injecter que des doses de liquide moitié moindres.

Mais sachez aussi que vous avez besoin d'un certain degré de réaction.

La formule est celle-ci : provoquer assez de réaction pour obtenir l'épanchement articulaire, et pas trop pour ne pas causer de fatigue excessive au malade. On se maintient au degré voulu, autour de 38, en augmentant ou diminuant la dose du liquide injecté, et en rapprochant ou éloignant les injections.

D'ailleurs cette période de malaise va prendre fin dès que l'épanchement est amorcé et que la 1re ponction est faite ; car la partie étant gagnée, on peut dès lors espacer les séances : une tous les 4 ou 5 jours suffira désormais, et l'on voit presque immédiatement tomber tous les phénomènes inflammatoires du début (1).

1. Obs. 6. Observation prise par mon interne Latour. Fr. Jean, six ans, entre en septembre 1904, à l'hôpital Cazin. Tumeur blanche du genou. Le genou est douloureux et bourré de fongosités.

Mis au repos avec un grand appareil et fenêtre antérieure pour les injections.

28 novembre...	Injection de 4 c/m3. de mélange de glycérine 3/4, et naphtol 1/4.			
2 décembre...	Ponction 20 c/m3 de pus ; injection 5 c/m3 de naphtol glycériné.			
5 décembre...	—	30 c/m3	—	— 6 c/m3 de naphtol glycériné.
9 décembre...	—	40 c/m3	—	pas d'injection.
12 décembre...	—	30 c/m3	—	injection 6/m3 de glycérine et naphtol.
14 décembre...	—	20 c/m3	—	— 6/m3 de naphtol[1].
16 décembre...	—	40 c/m3	—	pas d'injection.
19 décembre...	—	20 c/m3	—	pas d'injection.
23 décembre...	—	On n'obtient pas de pus par ponction ; compression du genou.		

24 février 1905. On remplace le grand appareil par une simple genouillère. L'enfant marche correctement et sans douleur depuis ce jour-là.

1er août. Va très bien.

Obs. 7. (Latour). Arm. Vincent, douze ans, entré en août 1904 à l'hôpital Cazin. Tumeur blanche du genou.

Le genou est très douloureux et l'on sent des fongosités dans toute l'articulation.

Grand appareil et repos pendant quelques jours.

(1) Lorsque je dis, par abréviation, injections de naphtol, il reste sous-entendu qu'il s'agit en réalité d'injections du mélange de naphtol et de glycérine.

b) La cavité synoviale est cloisonnée et détruite par places. — Il faut pousser l'injection sur les parties accessibles de l'interligne, en choisissant un point différent de pénétration à chaque nouvelle injection, afin de se donner le plus de chances possibles d'atteindre tous les points malades.

Exemple : un genou qui vous vient avec encore des douleurs, après 5, 8, 10 ans de traitement conservateur sans injections.

Qu'est-ce qui cause ces douleurs ? Un petit point où les os ulcérés sont en contact, où, en tous cas, il existe un petit foyer tuberculeux.

---

15 septembre.	Injection de glycérine 3/4 et naphtol 1/4				3 c/m3.
18 septembre.	Ponction, pas de pus ; injection de ce même mélange				2 c/m3.
20 septembre.	Ponction 10 c/m3 de pus ; injection de naphtol				5 c/m3.
22 septembre.	—	25 c/m3	—	— —	6 c/m3.
25 septembre.	—	40 c/m3	—	pas d'injection.	
27 septembre.	—	30 c/m3	—	injection de naphtol	6 c/m3.
29 septembre.	—	40 c/m3	—	pas d'injection.	
30 septembre.	—	20 c/m3	—	injection de naphtol	5 c/m3.
2 octobre.	—	25 c/m3	—	— —	5 c/m3.
4 octobre.		30 c/m3	—	— —	4 c/m3.
6 octobre.	—	30 c/m3	—	pas d'injection.	
8 octobre.	—	10 c/m3	—	injection d'éther iodoformé	6 c/m3.
10 octobre.	—	10 c/m3	—	compression du genou.	
12 octobre.	Il n'y a plus de pus, on fait un nouvel appareil; l'enfant reste au repos jusqu'au 25 décembre.				

A cette époque, on lui met une genouillère plâtrée, il marche correctement et sans douleur.
En mars 1905 on change son appareil, le genou est en très bon état.
1er août. La guérison s'est parfaitement maintenue.

Obs. 8. Gioz, huit ans (hôpital Cazin). Tumeur du genou, déjà traitée à Paris depuis plusieurs mois, entré le 19 février 1903.

Le genou est criblé de traces de pointes de feu profondes.

On met un grand appareil plâtré, avec une fenêtre permettant de panser les plaies, qui suppurent pendant très longtemps.

En juillet, après cicatrisation complète, on essaie de le faire marcher, mais bientôt la douleur reparaît.

Le genou, d'ailleurs, est toujours resté empâté. On le met au repos avec un grand appareil.

Fin avril 1904, il souffre encore, et devant l'insuffisance manifeste du traitement conservateur pur l'on se décide *enfin* à faire des injections.

2 mai...	Injection de naphtol 1/4 et glycérine 3/4				4 c/m3.
5 mai...	Ponction 10 c/m3 de pus ; injection de naphtol				4 c/m3.
7 mai...	—	20 c/m3	—	— —	6 c/m3
10 mai...	—	50 c/m3	—	pas d'injection.	
12 mai...	—	30 c/m3	-	injection de naphtol	6 c/m3.
14 mai...	—	20 c/m3	—	— —	5 c/m3.
17 mai...	—	40 c/m3	—	pas d'injection.	
18 mai...	—	20 c/m3	—	injection de naphtol	5 c/m3.
20 mai...	—	20 c/m3	—	— —	5 c/m3.
23 mai...	—	30 c/m3	—	pas d'injection.	
25 mai...	—	15 c/m3	—	injection de naphtol,	5 c/m3.
27 mai...	—	20 c/m3	—	pas d'injection.	
30 mai ..	—	10 c/m3	—	injection d'éther iodoformé	6 c/m3.
1er juin.	—	20 c/m3	—	on change son appareil.	
3 juin. .	—	5 c/m3	—	compression ; il reste encore un peu d'empâtement.	

Au bout de huit semaines l'empâtement a disparu et l'enfant peut marcher sans douleur avec une genouillère.

Revu en mars 1905 : son genou reste parfaitement guéri.

Obs. 9. Observation prise par mon interne Michel. — Albert C., 9 ans. Hôpital de l'Oise. Tumeur blanche fongueuse du genou depuis 18 mois.

29 mars 1905, injection de 2 centièmtres cubes et demi d'une solution ainsi composée :

Naphtol camphré 1
Glycérine 4

1er avril. Ponction donnant 4 centimètres cubes de pus, suivie d'une injection de la solution ci-avant donnée.

Les 3, 5, 7 et 9 avril, ponctions et injections.

Le 11, la ponction ne donne plus rien. On ne fait pas d'injection ; compression ouatée. On

Il faut atteindre ce point, ou ces points, lesquels sont souvent situés au milieu des deux plateaux articulaires, et ne communiquent plus avec ce qui reste de la cavité synoviale, presque entièrement détruite et remplacée par un tissu cicatriciel.

Si l'on veut faire un traitement suivant le type sec, c'est-à-dire si on recherche la transformation fibreuse des fongosités et non pas leur fonte, la conduite à tenir est très simple :

L'on injecte 2 fois par semaine de 5 à 6 grammes d'huile créosotée iodoformée

---

revoit le malade le 15 mai. Le genou est sec, indolore et le malade peut s'appuyer dessus, avec une simple genouillère plâtrée.

15 décembre. La guérison s'est bien maintenue.

Obs. 10. Voici un cas rebelle, à traitement plus long peut-être parce que le traitement des injections avait été irrégulièrement conduit, et que l'on n'avait pas fait d'emblée un nombre suffisant d'injections. Fret. Clémence, dix ans. Hôp. Cazin. Tumeur blanche du genou droit.

Entrée le 10 juillet 1904.

Elle avait souffert depuis deux mois ; on ne trouve presque pas de fongosités dans son genou. Après une quinzaine de jours de repos, elle est capable de marcher sans douleur, avec un petit appareil prenant le pied.

Mais aux premiers jours d'octobre, elle souffre de nouveau, nous y regardons, nous trouvons le genou bourré de fongosités ; repos, grand appareil et injections.

20 octobre.....	Injection de naphtol 1/4 et glycérine 3/4..	2 c/m3.
23 octobre.....	Ponction, pas de pus ; nouvelle injection de ce mélange.	3 c/m3.
28 octobre... ..	Quelques gouttes de pus ; injection de naphtol...	2 c/m3.
7 novembre...	On n'a pas retrouvé de pus ; compression du genou et repos.	
13 janvier 1905.	Le genou reste toujours très fongueux. Le nombre des injections n'avait pas été suffisant, nous les recommençons en injectant 3 grammes du mélange.	
15 janvier.....	On retire quelques gouttes de pus du cul-de-sac latéral ; injection de naphtol.....	2 c/m3.
17 janvier.	Ponction de 10 c/m3 de pus ; pas d'injection.	
20 janvier..	— 25 c/m3 — injection de naphtol.	4 c/m3.
21 janvier.....	— 30 c/m3 de pus.	
22 janvier.... .	— 30 c/m3 —	
23 janvier... ..	— 20 c/m3 —	
25 janvier . ..	— 15 c/m3 — de pus ; injection d'éther iodoformé.	
27 janvier.....	Il reste encore ces fongosités dans la partie supérieure de l'articulation ; injection de glycérine et de naphtol.....	4 c/m3.
29 janvier.	Ponction, pas de pus ; injection de naphtol.	2 c/m3.
1er février . ..	Ponction 30 c/m3 de pus ; injection de naphtol.....	5 c/m3.
3 février.....	— 40 c/m3 de pus.	
4 février.. ...	— 40 c/m3 —	
6 février..	— 20 c/m3 de pus ; injection d'éther iodoformé....	4 c/m3.
8 février.....	— 10 c/m3 — compression du genou, repos.	

Deux mois après, elle marche sans douleur avec une genouillère plâtrée, cette fois la guérison était bien acquise.

Revue neuf mois plus tard, la guérison s'est bien maintenue.

Obs. 11. Dans certains cas, à allures graves, nous faisons d'emblée 15 à 16 injections. Exemple (obs. prise par mon interne Benoit). Gaston C..., dix-huit ans, de Reims. Tumeur blanche, genou droit, depuis quatre ans et demi. Traitement. Grand appareil plâtré de l'ombilic aux orteils, fenêtre au niveau du genou et injections de naphtol camphré dans la glycérine (à raison de 1 gramme de naphtol camphré par injection).

Trois injections amorcent la fonte des fongosités en trois jours.

Depuis ce jour, la suppuration bien établie est entretenue par une série d'injections pratiquées toutes les fois que celle-ci paraît se ralentir, suspendues, au contraire, lorsque la fonte des fongosités devient trop active et donne lieu à une réaction trop accentuée.

Nous vous présentons le tableau du traitement de ce malade, tableau dans lequel on peut suivre la corrélation qui existe entre les injections de naphtol et la quantité de liquide retiré à la séance suivante, en tenant compte du nombre de jours qui séparent les séances :

Mardi 28 mars 1904					1re	injection
29 mars.....					2e	—
31 mars.....					3e	—
1er avril.....	1re	ponction....	2	aspirateurs de pus.	4e	—
3 avril.	2e	—	2	—	5e	—
4 avril.....	3e	—	3	—	6e	—
10 avril.....	4e	—	5	—	7e	—
13 avril.	5e	—	4	—	8e	—
17 avril.....	6e	—	6	—	pas d'injection	
20 avril.....	7e	—	3	—	pas d'injection	

dans un des points accessibles de l'interligne articulaire, jusqu'à ce qu'on ait fait une dizaine d'injections ; puis on arrête les injections et l'on comprime.

Si au contraire, on veut provoquer un épanchement, on se sert du mélange de glycérine et de naphtol camphré et on l'injecte tous les jours.

Mais les choses les plus simples ont leurs petites difficultés dans la pratique. En voici quelques-unes que je dois signaler.

Les unes viennent de l'état général du sujet. A de certains moments, le malade est fatigué. Il faut alors, sinon interrompre, du moins espacer les injections ; et, pendant ce temps de répit, le travail de réaction inflammatoire dans la jointure, qui était près d'aboutir à la production du liquide, s'arrête et avorte.

Lorsqu'on reprend les injections, c'est presque à recommencer.

D'autres difficultés peuvent tenir aux modifications locales survenues : la peau est rouge ; les tissus péri-articulaires sont infiltrés sans qu'il y ait du liquide dans la profondeur.

On pourrait, par suite de cette tension et de cette inflammation de la peau, provoquer, en insistant, une eschare cutanée avant d'avoir du liquide dans la cavité articulaire.

Ce sont là des inconvénients qui n'existent pas lorsqu'on injecte dans une cavité synoviale encore bien conservée, ou au moins retrouvée, c'est-à-dire dans le cas d'une tumeur blanche pas trop ancienne.

Mais, dans le cas de vieilles tumeurs blanches à cavité cloisonnée et obturée plus ou moins complètement, le liquide ne pénètre que difficilement entre les deux extrémités articulaires ; parfois il reflue vers les tissus péri-articulaires, c'est-à-dire les tissus sous-cutanés, et il infiltre la peau même.

On évitera cet ennui, en portant le liquide aussi loin que possible entre les deux extrémités articulaires, pour en localiser, de son mieux, l'action entre les deux os. C'est, en effet, là qu'est le mal.

Du même coup, on atteint ainsi le mal plus sûrement et on ménage plus parfaitement les tissus mous et la peau. Mais lorsque, malgré tout, la peau rougit, s'infiltre, menace de craquer, — et même sans attendre ce moment, — il faut lui donner le temps de se refaire, de se raffermir et, pour cela, interrompre pendant quelques jours les injections.

Dès que la peau n'est plus rouge, ni douloureuse, ni infiltrée, on recommence, en

24 avril	8e	—	2	—	9e injection
28 avril	9e	—	3	—	10e —
30 avril	10e	—	2	—	pas d'injection
1er mai	11e	—	2	—	pas d'injection
5 mai	12	—	1	—	11 injection
8 mai	13e	—	2	—	pas d'injection
12 mai	14e	—	2	—	12 injection
15 mai	15e	—	3	—	13e —
16 mai	16e	—	2	—	14 —
17 mai	17e	—	3	—	15e —
18 mai	18e	—	5	—	16e —
19 mai	19e	—	5	—	pas d'injection
23 mai	20	—	2 1/2	—	pas d'injection
28 mai	21e	—	1 1/2	—	pas d'injection

Puis repos de la jointure pendant deux mois, après lesquels le malade se lève.

Ce jeune homme est resté depuis parfaitement guéri et a recouvré même spontanément 20 à 30° de mouvements de flexion.

prenant encore plus de précautions pour porter le liquide entre les deux surfaces osseuses malades.

On finira bien par atteindre les fongosités et les produits tuberculeux, de manière à les transformer ou à les ramollir en un épanchement, lequel se fera péri-articulaire au cas où l'interstice inter-osseux ne serait pas suffisant pour le contenir. Et tout cela sera produit en sauvegardant l'intégrité de la peau.

De cette façon on aura un traitement efficace contre les lésions tuberculeuses profondes, et cependant inoffensif pour la peau ; détail important, car une escharc pourrait s'infecter et cette infection cutanée risquerait d'amener l'infection du foyer osseux profond.

Supposons cependant que, malgré toutes les précautions, la peau craque en un endroit : que faudra-t-il faire ?

Avant tout, ne pas perdre son sang-froid, ne pas croire que tout est perdu. Rien n'est encore perdu. Il n'y a qu'une difficulté de plus à surmonter.

Evidemment les chances de complications sont plus grandes.

Mais si vous faites bonne garde, si vous faites une asepsie rigoureuse, la pénétration des micro-organismes du dehors ne se produira pas, l'infection secondaire n'aura pas lieu.

Donc, dès que la peau a craqué, cessez toute injection ; lavez bien la peau au niveau de la fissure et assez loin dans les parties voisines. Vous vous servirez d'alcool et de sublimé au 1/1000, et vous recouvrirez d'un pansement de gaze soigneusement stérilisé, plutôt que de poudres pharmaceutiques dont l'asepsie est toujours moins assurée que celle d'un tissu sortant de l'étuve.

Vous renouvellerez ces pansements, parfaitement stérilisés, tous les jours ou tous les deux jours, et vous attendrez ainsi que la peau se soit décongestionnée et ait eu le temps de se refaire, de se cicatriser.

Quand cette cicatrisation sera complète, le danger sera écarté et vous recommencerez les injections en attaquant l'articulation par un autre point, et en prenant encore plus de précautions que la première fois, pour éviter tout nouvel incident.

On devine que c'est au cou-de-pied, à la main, au poignet, là où la peau est plus particulièrement collée contre les jointures, où la collection a moins d'espace pour se développer, que le danger est le plus réel de voir la peau craquer en un point, sous l'influence des injections faites dans la jointure ou autour d'elle ; d'autant qu'il s'agit ici d'injections répétées et pour ainsi dire intensives.

Il semble qu'on soit « enfermé dans ce dilemme » :

Si l'on ne fait que des injections péri-articulaires et très espacées, on n'a rien à craindre pour la peau, mais on ne détermine pas d'épanchement ;

Si l'on fait des injections très actives et répétées, on augmente les chances de provoquer une réaction plus forte aboutissant généralement à un épanchement intra- ou péri-articulaire, mais cette réaction court risque de ne pas se limiter au point voulu, de s'étendre, de se propager à la peau et d'en amener la rupture.

C'est un double écueil dont une attention minutieuse, au service de quelque expérience, vous gardera presque toujours dans la pratique.

Je répète, d'ailleurs, que nous ne sommes pas désarmés dans les cas exceptionnels où la peau vient à se rompre.

Tout se réduit à un petit retard, à une perte de temps fâcheuse, sans doute, mais qui ne compromet pas la guérison définitive.

3° Injections dans les tumeurs blanches fistuleuses

Les injections n'ont leur raison d'être que dans les fistules non infectées, c'est-à-dire dans les fistules purement tuberculeuses.

Les fistules infectées (par infections secondaires septiques) sont plutôt aggravées par les injections, telles que nous les entendons ici. Tout au plus y peut-on faire avec discrétion des lavages antiseptiques avec une solution phéniquée ou de permanganate de potasse ou d'eau oxygénée.

Nous verrons dans la partie clinique à quoi l'on distingue une fistule infectée d'une fistule non infectée.

Dans celle-ci, au contraire, les injections donnent ordinairement les mêmes résultats que dans le traitement de la tumeur blanche fermée. Cela se comprend, puisque, au point de vue bactériologique, il n'y a pas de différence entre l'une et l'autre.

Seulement, il faut obtenir que le liquide modificateur reste en place dans le foyer malade, malgré la présence de la fistule.

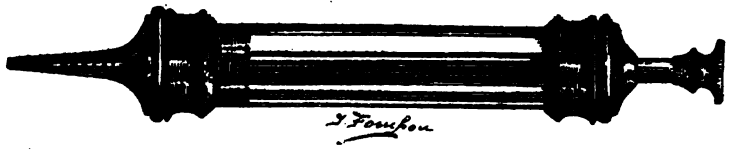


Fig. 1. — Seringue en verre et ébonite qui suffit pour le traitement des fistules (à conserver dans un récipient aseptique ou dans l'eau stérilisée); chaque malade a sa seringue.

Pour cela, on bouche celle-ci dès que les liquides ont été injectés, et on maintient l'occlusion aussi exactement que possible d'une injection à l'autre.

Il est deux manières d'y arriver.

La *première*, c'est de faire, par l'orifice déjà existant, avec une seringue bien aseptique, à embout très fin qui ne distende pas cet orifice, une injection de 1 à 2 grammes de naphtol camphré, par exemple, et d'oblitérer l'orifice immédiatement après, avec un tampon d'ouate hydrophile stérilisée, qui en repousse les lèvres légèrement en dedans et le déprime de façon à empêcher l'écoulement du liquide introduit. On maintient le tampon avec une bande Velpeau. On recommence le lendemain et tous les jours suivants : chaque fois on enlève le tampon, on laisse se vider la cavité et on fait une nouvelle injection.

Lorsque l'orifice est béant, que l'introduction de l'embout de la seringue et le contact du liquide irritant l'agrandissent trop pour que ce liquide reste en place, il peut être utile d'interrompre un jour ou deux les injections, après avoir vidé à fond la cavité, ce qui permet à l'orifice de se rétrécir un peu.

Vers le dixième jour, après une dizaine de ces injections, la paroi active est suffisamment modifiée et avivée pour qu'on puisse cesser les injections et accoler les parois du trajet par une compression faite à l'aide de petites lanières d'ouate hydrophile entrecroisées, et maintenues solidement avec les bandes Velpeau.

Fig. 2. — Injection intra-fistuleuse. Une lanière d'ouate hydrophile mouillée est enroulée autour de l'embout de la seringue : la main gauche de l'opérateur maintient ce tampon serré sur la plaie pendant que la main droite enlève la seringue aussitôt que l'injection est terminée.

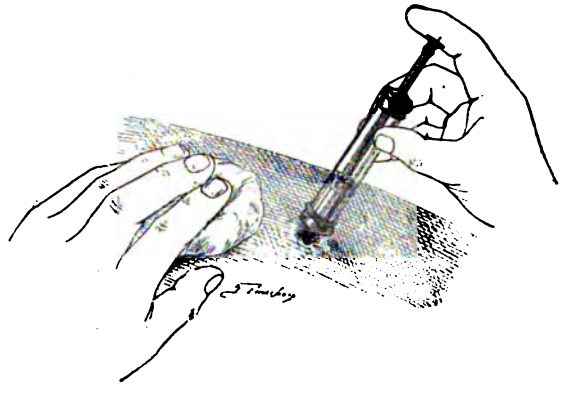


Fig. 3. — Fistules communicantes. — On pousse l'injection dans l'une des fistules peudart que la main gauche, pour conserver en place le liquide injecté, oblitère l'autre ou les autres fistules au moyen d'un tres large tampon.

Si l'accolement ne s'obtient pas du premier coup, si, après les quinze jours pendant lesquels doit s'exercer cette compression, il reste un suintement, il faut recommencer une nouvelle série de huit à dix injections, en procédant de la même manière, et cette deuxième série aura suffisamment modifié et assaini la paroi pour que, cette fois, l'accolement se produise.

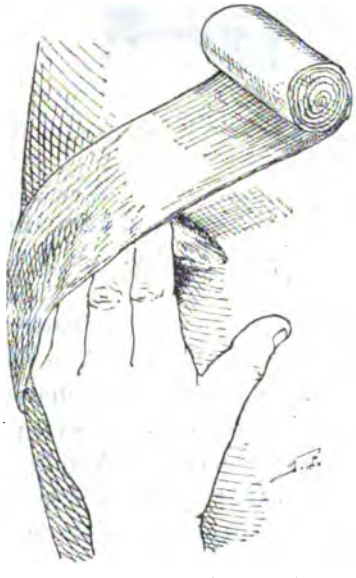


Fig. 4. — Un aide maintient ces tampons pendant l'enroulement de la bande : on assure l'oblitération de la fistule d'une injection à l'autre.

La deuxième manière d'arriver à la guérison par des moyens conservateurs est d'injecter, à l'aide d'une fine aiguille, le liquide dans la cavité articulaire, sur un point éloigné de l'orifice fistuleux, et de chercher à amener la fermeture de celui-ci en y appliquant et y maintenant constamment un tamponnet d'ouate hydrophile. On continue à injecter et à ponctionner la cavité articulaire en cet autre point, comme s'il s'agissait d'un abcès fermé.

En dérivant ainsi l'écoulement du pus, on arrive parfois à la fermeture de la fistule.

Si la peau n'était pas complètement cicatrisée après et malgré l'assainissement et la guérison du foyer articulaire, il n'y aurait plus, en tout cas, qu'une petite plaie

superficielle, bien facile à fermer, du moment qu'elle ne serait plus entretenue par un foyer profond de fongosités.

On voit combien il est difficile de préciser la technique pour tous les cas qui peuvent se présenter. C'est uniquement à sa plus grande expérience que tel chirurgien doit d'arriver à la guérison, là où d'autres échouent constamment, si tant est qu'ils essaient et ne considèrent pas *a priori* la bataille comme perdue.

On me pardonnera d'entrer dans de si petits détails, parce que l'on comprendra que la guérison dépend de l'observance de ces minuties.

LA THÉRAPIE SPÉCIFIQUE DE LA TUBERCULOSE

par le Professeur Maragliano

Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Gênes

La thérapeutique spécifique de la tuberculose a désormais des bases scientifiques solides. L'existence des matériaux spécifiques antituberculeux est aujourd'hui bien arrêtée, et permettez-moi encore de le rappeler, a été démontrée par moi la première fois, à la suite des études dont je communiquais les résultats à Bordeaux au mois d'août 1895.

On obtient les substances spécifiques antituberculeuses en introduisant dans le milieu organique des animaux sains des matériaux tuberculeux.

Je les ai obtenus, d'abord, par l'injection de tous les poisons tuberculeux, c'est-à-dire ceux qui se trouvent dans le protoplasme bacillaire et ceux qui, sécrétés par les bacilles, se trouvent dans le milieu où ils vivent.

J'ai obtenu aussi les substances spécifiques antituberculeuses moyennant l'injection des cadavres de bacilles desséchés, et ensuite aussi avec la pulpe bacillaire, le suc amicrobique qu'on peut obtenir des bacilles vivants par mon procédé.

Le suc bacillaire est toxique pour les animaux auxquels on l'injecte et engendre chez eux la production des substances antituberculeuses.

On peut aussi, avec l'injection des bacilles vivants, produire des substances antituberculeuses, mais j'estime qu'on ne doit jamais s'en servir pour l'homme dans un but thérapeutique, ni dans un but d'immunisation des animaux, parce qu'on n'arrivera jamais à introduire dans le milieu organique de l'homme des substances tirées d'un animal injecté avec des bacilles vivants.

Les substances spécifiques antituberculeuses sont le produit de la lutte de l'organisme contre les poisons du bacille de Koch, comme il arrive dans la défense de l'organisme contre les autres bactéries pathogènes.

On les trouve dans les humeurs de l'organisme et surtout dans le sérum du sang; mais elles ne sont pas un produit des humeurs, elles proviennent des éléments cellulaires, et c'est des éléments cellulaires qu'elles passent dans les liquides orga-

niques. Nous avons démontré, par les recherches de mon élève Figari, que ces substances se trouvent surtout dans les leucocytes.

Mais elles se trouvent aussi dans d'autres éléments des tissus. Nous avons démontré qu'il y en a dans les fibres des tissus musculaires, qu'il y en a dans les œufs des poules soumises au traitement, qu'elles se produisent dans les tissus où l'on injecte des matériaux bacillaires. Ainsi, nous avons injecté les cadavres de bacilles très virulents sous la peau des vaches saines. Ils ont produit un foyer inflammatoire. Le contenu de ce foyer, une matière caséeuse très riche en leucocytes, était aussi très riche en matériaux antituberculeux, antitoxines, agglutinine, spécifiques, bactériolysines. Son extrait donne de bons résultats, soit comme moyen thérapeutique, soit comme moyen immunisant.

D'ailleurs, depuis longtemps on reconnaît que les matériaux de défense ont leur origine dans les éléments cellulaires, et que c'est dans les cellules des tissus que l'immunisation a son point d'origine.

Manipulez comme vous voulez une bactérie ; c'est toujours à l'action offensive de ses poisons qu'on doit la production par l'organisme des matières défensives spécifiques.

Elles sont toujours les mêmes et doivent être toujours les mêmes, n'importe quel soit le procédé avec lequel on en provoque la production.

On peut admettre qu'une technique perfectionnée puisse les fournir dans un état de plus grande pureté et de plus grande activité. On peut expliquer et interpréter différemment le mécanisme de leur production ; on peut les appeler avec des noms nouveaux, mais on ne peut plus parler aujourd'hui d'une nouvelle découverte des matières spécifiques antituberculeuses ; les matières spécifiques antituberculeuses sont déjà connues depuis plusieurs années.

Pour bien comprendre les termes du problème thérapeutique de la tuberculose, il faut réfléchir aux étapes que l'infection accomplit dans l'organisme atteint par cette maladie.

La première étape de l'infection a lieu dans le tissu où le bacille a premièrement pénétré. Les éléments du tissu offrent au bacille la première barrière s'opposant à son invasion.

Dans cette première étape, si les énergies défensives sont assez élevées, le bacille est détruit et l'organisme ne s'aperçoit pas de cette invasion. Mais si ces énergies ne sont pas assez actives pour détruire le bacille, celui-ci se multiplie et un foyer tuberculeux est aussitôt créé. Il arrive souvent que les tissus qui l'environnent luttent avantageusement et, dans ce cas, le foyer reste isolé, circonscrit, inoffensif, et peut rester tel durant toute la vie sans témoigner sa présence.

Mais il arrive, malheureusement plus souvent, que les tissus environnants faiblissent, ne soient plus en condition de résistance, et alors l'invasion s'élargit, les bacilles se multiplient, le foyer grandit de proche en proche. Pourtant, dans un point plus éloigné, les tissus peuvent opposer une dernière barrière et, si elle est vaincue, alors l'organisme appelle toutes ses forces de résistance pour combattre la dernière lutte.

Dans ce moment-là il y a deux dangers contre lesquels il faut lutter : d'abord la

diffusion des poisons tuberculeux et leur action sur les tissus de l'organisme : la toxhémie tuberculeuse en un mot.

Après, c'est l'invasion des tissus éloignés par les bacilles, c'est-à-dire l'infection bacillaire généralisée.

Contre ces deux ennemis luttent tous les éléments de l'organisme, qui, moyennant la production des moyens de défense extraordinaires, neutralisent les poisons, résistent aux bacilles, les rendent inactifs, les tuent. Tant qu'ils restent victorieux dans la lutte, nous pouvons avoir des foyers tuberculeux localisés en un endroit quelconque des tissus, tandis que la nutrition générale est bonne : on peut observer même de l'obésité. Nous trouvons souvent des sujets ayant des foyers broncho-pulmonaires très étendus et qui, pourtant, ne présentant ni de la fièvre, ni de l'amaigrissement et se portent fort bien.

Ainsi, nous avons donc trois remparts de défense : le premier est représenté par le tissu où les bacilles ont pénétré ; le deuxième par les tissus environnants ; le troisième par l'organisme tout entier ; quand le troisième rempart est vaincu, alors commence la débâcle.

Chez les organismes qui luttent victorieusement, on constate, dans leur milieu organique, la présence des substances antituberculeuses. Nous les avons cherchées, démontrées, dosées dans leur sang. Ce sont des antitoxines, des matières agglutinantes, des bactériolysines.

Des sujets qui présentaient dans leurs crachats des bacilles, tout en étant bien portants et dans des conditions générales excellentes, possédaient jusqu'à 300 unités antitoxiques par centimètre cube de sérum de sang, avec un degré agglutinant de 1 à 200. Ce même sérum démontrait un pouvoir bactériolytique sur les bacilles et empêchait, dans une certaine mesure, le développement des cultures.

Chez des animaux infectés avec des petites quantités de bacilles, et dont les conditions générales, malgré l'infection, étaient bonnes, nous avons trouvé et démontré ces mêmes substances antituberculeuses, qui sont les armes avec lesquelles la nature lutte contre l'infection tuberculeuse.

Ces substances sont analogues à celles que nous produisons chez les animaux sains et que, dans un but thérapeutique, nous introduisons dans l'organisme de l'animal malade.

Ainsi, lorsque l'organisme n'est pas en condition de préparer ces substances de défense en quantité suffisante, nous en introduisons artificiellement des autres déjà préparées dans l'organisme d'un animal sain, et elles excitent dans le milieu organique où elles sont portées une extraordinaire production de nouvelles substances défensives. Je puis le prouver d'une façon très positive.

Si l'on injecte aux animaux, et même à l'homme, une certaine quantité très exactement mesurée d'unités antitoxiques tuberculeuses, on trouve peu de jours après qu'elles se sont extraordinairement multipliées. En rapportant le nombre d'unités antitoxiques fournies par le sérum de l'animal ou de l'homme ainsi traité, à la masse de son sang calculée d'après le poids de son corps, on trouve qu'elles se sont augmentées énormément. Pour 20.0000 unités injectées nous en trouvons 1.000.000, et même 2.000.000.

Il en arrive ainsi pour les agglutinines et les bactériolysines. Il ne s'agit donc pas d'un simple phénomène dû au contact entre les substances antituberculeuses introduites et les agents morbides : bacilles et poisons, comme il arriverait *in vitro*. Non. Le phénomène est plus complexe. L'organisme prête et doit prêter son concours : l'action thérapeutique s'explique et se développe avec sa médiation. Si la médiation manque, l'action curative est nulle.

La thérapeutique spécifique, comme il est évident, est une thérapeutique naturelle ; car elle confère à l'organisme les moyens naturels de défense. Il ne s'agit donc pas de remèdes au vrai sens du mot.

Behring a pourtant dénommé ces substances sous le nom de *remède*, et il nous a promis de le débiter bientôt. Heureusement il s'est corrigé dans une conférence tenue le 8 février 1906 à Berlin, dans laquelle on lit les paroles suivantes :

« A Paris, je n'ai pas eu l'intention de parler d'un remède curatif de la tuberculose, mais d'un moyen qui peut agir sur les foyers tuberculeux, de façon que leur guérison naturelle, avec l'aide des forces naturelles de l'organisme ne soit pas empêchée ».

On peut introduire les matériaux antituberculeux dans l'organisme par différentes voies : par injection sous-cutanée, par injection directe dans les foyers morbides, par l'estomac et même l'intestin.

La voie d'introduction qui donne les meilleurs résultats avec la plus petite quantité de substances antituberculeuses est celle de la peau ; mais on peut arriver aux mêmes résultats en choisissant la voie digestive, en usant des quantités beaucoup plus considérables de matériaux.

Comme produit je donne la préférence à la *bactériolyse*, laquelle est tirée des animaux traités avec le suc amicrobique des toxines qui se trouvent dans les milieux de culture. On peut l'obtenir des chevaux, des veaux, des vaches ; nous nous servons habituellement de la chèvre.

Voici le procédé adopté pour sa préparation :

On filtre les bacilles d'une culture très virulente, on les lave, puis on les soumet à la trituration dans un mortier, en ajoutant les petites quantités d'une solution alcaline, après quoi on filtre le liquide, et l'on répète la même opération sur la substance qui reste encore parfois sur le filtre. Lorsque tous les bacilles ont été ainsi épuisés, on réunit tous les liquides de filtration et on les passe au Chamberland. Le liquide qui en sort est amicrobique ; il est agglutiné par le sérum des animaux immunisés. A ce liquide, qui est un véritable suc bacillaire, on ajoute un autre liquide, lui aussi amicrobique, qui contient des toxines bacillaires.

Ce dernier liquide est une solution de chlorure de sodium, où ont vécu pendant quinze jours des bacilles virulents et âgés. Ce sont des bacilles qui sont tirés des liquides habituels de culture et qui, une fois lavés, sont mis dans cette solution chlorurée. Ils y vivent et y versent leur sécrétion. On a ainsi des toxines dissoutes dans un milieu liquide qui ne contient pas de peptones, ni d'autres substances toxiques.

Les deux liquides sont mélangés, concentrés à froid et réduits à unité toxique. C'est avec ce mélange qui, je le répète, est absolument amicrobique, qu'on traite les animaux pour obtenir la bactériolysine.

Les injections aux animaux doivent être faites méthodiquement, en proportionnant le dosage à la résistance personnelle de chaque animal. On ne doit jamais pousser les doses au point de produire des phénomènes fâcheux chez l'animal injecté. On espace les injections suivant la tolérance de l'animal injecté. On peut constater la présence des bactériolysines dans le milieu de l'animal injecté déjà depuis peu de jours, mais on les trouve dans une quantité considérable et utilisable, seulement après quatre à cinq mois.

Il faut éprouver chaque mois le sang des animaux injectés ; y chercher et y doser les substances antituberculeuses. Enfin, l'extraction des bactériolysines et leur préparation pour les applications thérapeutiques doit être faite seulement quand on a constaté que l'organisme de l'animal a élaboré complètement les substances tuberculeuses injectées.

Le sérum du sang des animaux ainsi traités, leurs globules blancs, le suc des tissus, le lait, contiennent des bactériolysines, des agglutinines et des antitoxines. Nous avons démontré l'existence des bactérolysines *in vitro* et avec la méthode biologique.

In vitro, nous avons empêché avec elles le développement des cultures, soit en les ajoutant aux milieux nutritifs, soit en faisant l'ensemencement avec des bacilles demeurés préalablement en contact avec elles. Les bacilles qui ont subi l'action de ces bactériolysines présentent les phénomènes caractéristiques de la nécrobiose.

Biologiquement, nous les avons démontrées en injectant aux animaux des bacilles restés en contact avec elles, en même temps que nous injections à des animaux de contrôle les mêmes bacilles, mais qui n'avaient eu aucun contact avec les bactériolysines ; les premiers résistaient tandis que les témoins succombaient. Les injections étaient toutes pratiquées par la voie endoveineuse.

Ces bactériolysines injectées préalablement aux animaux, les rendent réfractaires à l'injection endoveineuse de cultures virulentes, ainsi que M. Guinard l'a constaté chez deux ânes.

A propos d'expériences sur les animaux, avec l'injection de bacilles virulents pour contrôler l'immunisation, il faut faire bien attention à la quantité des bacilles qu'on injecte. Autrefois, on injectait sans aucune mesure. On prétendait que l'immunisation fût capable d'enrayer absolument la bacillose. C'est justement pour cela que toutes les expériences échouaient et que beaucoup d'expériences échouent encore aujourd'hui.

Il faut se limiter à la plus petite quantité possible de bacilles suffisante à tuer l'animal en 30-50 jours ; il faut, au moyen de plusieurs expériences préalables, s'assurer chaque fois de cette quantité, parce que les cultures n'ont pas toujours la même virulence.

Les agglutinines se trouvent aussi en quantités considérables dans le sérum des animaux ainsi immunisés. On trouve souvent des pouvoirs agglutinants de 1 à 2.000 et même supérieurs. La présence des agglutinines a été, vous savez, considérée comme une preuve de la présence des matériaux de défense spécifiques.

La bactériolysine contient aussi des antitoxines spécifiques ; on arrive à obtenir 1.000 unités antitoxiques par centimètre cube.

La bactériolysine introduite dans l'organisme animal y détermine la production de nouveaux matériaux de défense. En même temps on observe une leucocytose symptomatique.

Donc, la bactériolysine est aussi antitoxique, elle explique son action bienfaisante en même temps sur les bacilles et sur leurs poisons ; elle réalise les conditions nécessaires pour une thérapeutique vraiment scientifique de la tuberculose.

On obtient aussi la bactériolysine en injectant, sous la peau des animaux, comme je l'ai déjà dit, des cadavres de bacilles lavés et desséchés. Dans la matière caséeuse qui se produit dans les foyers inflammatoires qui se forment à la suite de ces injections, on trouve, en quantités considérables, de la bactériolysine.

Pour le moment, le moyen répondant le mieux aux besoins de la pratique, consiste dans l'introduction de la bactériolysine dans l'organisme, dissoute dans le sang de l'animal traité. Le sérum qu'on emploie doit avoir 1.000 unités antitoxiques par centimètre cube et 6.000 unités agglutinantes.

On peut aussi l'introduire, par les voies digestives, sous la forme d'une solution de sang provenant de l'animal traité, ou bien encore avec son lait ou sa viande.

Les moyens antituberculeux que nous possédons sont-ils capables d'entraver la marche de la tuberculose chez les animaux qui en sont déjà atteints, ainsi que chez l'homme, et peuvent-ils les guérir ?

Voilà une question qu'il est maintenant nécessaire de nous poser.

Au point de vue scientifique absolu, il n'y a aucun doute sur la réponse, puisque nous pouvons introduire dans le milieu organique des bactériolysines et des antitoxines. Mais à cette question s'attache un problème dont la solution n'est pas aussi simple. Dans tout état morbide, l'issue des efforts thérapeutiques est liée à deux ordres de facteurs : la puissance des moyens curatifs employés d'un côté, et, de l'autre, le concours favorable de l'organisme.

Un de ces deux facteurs ne suffit pas à donner la guérison d'aucune maladie et encore moins de la tuberculose ; ils sont nécessaires tous les deux.

L'un, le moyen curatif antituberculeux, est constant, l'autre, représenté par le concours de l'organisme, est variable et il faut l'évaluer chaque fois.

Le problème, vous le voyez, devient plus complexe ; du laboratoire il passe à la clinique et seulement les cliniciens peuvent le résoudre.

Naturellement, j'ai aussi recherché la valeur de ces substances antituberculeuses dans la tuberculose expérimentale. Chez le cobaye et le lapin, si l'on commence le traitement peu de jours après l'infection (par exemple 5-10 jours) on peut le sauver, tandis que la même quantité de bacilles tue les animaux non traités. Si l'on commence le traitement plus tard, quand la tuberculose évolue chez lui, les probabilités de guérison diminuent de plus en plus et deviennent nulles.

Si l'on infecte la plèvre d'un cobaye avec une culture de tuberculose humaine très virulente, il se développe une pleurésie tuberculeuse exsudative suivie d'une diffusion de la tuberculose à tout son organisme ; si, au contraire, aussitôt que la pleurésie s'est déclarée on injecte, dans la plèvre, la bactériolysine, on voit l'animal guérir, tandis que les témoins succombent.

(A suivre.)

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Traitement des tumeurs blanches par le massage léger et la mobilisation prudente, par le Dr DAGUET. (*La Pédiatrie pratique*, 1er sept. 1906). — Le massage et la mobilisation prudemment pratiqués dans les tumeurs blanches ne font qu'aider la nature dans le sens de la guérison. L'auteur préconise le massage léger, dit à la Française. C'est un effleurage léger d'abord, puis plus profond quand la douleur a diminué ou disparu. Jamais les manœuvres ne doivent être douloureuses. Quand les phénomènes inflammatoires sont dissipés, l'auteur emploie la mobilisation sans chloroforme généralement, de façon à s'arrêter si les mouvements sont trop douloureux et pour éviter aussi une réaction trop intense. Un massage calme ensuite la douleur et on recommence les mouvements forcés après quelques jours. Dès que le malade peut marcher sans douleurs, on peut le lui permettre à condition qu'il prenne un appui pour commencer.

L'action du massage n'est pas seulement mécanique, mais encore trophique, car le massage ne tarde pas à produire l'augmentation de volume des muscles qui étaient atteints d'atrophie.

En ce qui concerne l'indication du traitement, les affections de la hanche semblent peu convenir à ce genre de traitement en raison de la profondeur de l'articulation. L'auteur a eu surtout affaire à des tuberculoses, des synoviales sans grosses fongosités, pour lesquelles on avait employé sans succès des pointes de feu et l'immobilisation.

On fera suivre en même temps la meilleure hygiène possible. La durée du traitement a été en moyenne de 3 à 6 mois.

Dans tous les cas, l'auteur répudie les procédés violents et s'il faut mobiliser, il emploie les mouvements dans les limites où ils sont indolores. La mobilisation forcée n'est employée que quand toute inflammation aiguë est éteinte. Les mouvements ne doivent pas être très étendus et le massage exerce ici une action anti-phlogistique plus puissante que les pointes de feu et l'immobilisation est surtout plus rapide.

L. JUMON.

Ablation des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale (*La Province médicale*, 1er septembre 1906). — Au cours de trois interventions qu'il a pratiquées, l'auteur a été frappé des difficultés de la technique. Ses soins ont porté sur la nécessité d'une fermeture complète du péritoine avec suture sur plusieurs plans, capitonnages des plans fibro-musculaires, drainage soigneux pour éviter la rétention des liquides.

La préparation opératoire est la même que pour une laparotomie. L'incision doit être nette, dissimulée si possible dans le pli inguinal, ou bien elle est droite, parallèle aux muscles droits. La tumeur est ensuite isolée suivant les plans de clivage, en se frayant un chemin entre les différentes couches lamelleuses superposées qui le recouvrent. Pendant l'opération, l'hémostase est assurée plutôt avec d'épaisses compresses aseptiques, puis, le néoplasme étant énucléé, on procède à l'hémostase définitive avec des pinces à mors courts et robus-

tes. Un temps délicat est l'isolement du péritoine,qu'il devient laborieux de décoller si la tumeur est volumineuse. La résection du péritoine, si elle est nécessaire, doit être réduite au minimum.

Pour parer aux accidents de la rétention sanguine, il faut pratiquer un bon drainage avec de gros drains rigides, pénétrant entre les différents plants musculo-aponévrotiques. La plaie est fermée par trois plans de suture, comme dans toute laparotomie. Le pansement, enfin, doit être fortement compressif, pour faciliter l'accollement des différents plans, et rester en place une quinzaine de jours.

L. JUMON.

De l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire, par CH. MONGOUR (*La Province médicale*, 25 août 1906). — La lithiase biliaire est avant tout justiciable du traitement médical. Il est inadmissible, dit l'auteur, que, sous prétexte de prévenir les accidents plutôt exceptionnels, le chirurgien soit convoqué dans tous les cas de cholélithiase. Le traitement chirurgical n'est qu'une méthode d'exception à laquelle il faut recourir en temps opportun.

Trois ordres de complications peuvent, à un moment donné, nécessiter l'intervention chirurgicale : L'état de mal lithiasique, l'infection biliaire et l'obstruction des voies biliaires.

Dans le premier cas, le médecin doit décider du moment de l'intervention et se guider sur l'intensité des actes réflexes. Il est difficile d'indiquer avec quelque certitude à quel degré l'asystolie ou la syncope devient une indication opératoire urgente. Il y aura encore lieu d'intervenir si les crises mettent le malade dans l'impossibilité de travailler, et si l'intervention chirurgicale reste la seule ressource.

L'infection des voies biliaires peut être localisée ou diffuse. Si l'infection est localisée à la vésicule sans que le foie participe à l'infection, le traitement peut être purement médical. L'intervention s'impose si l'infection de la vésicule aboutit à l'empyème qui expose à de redoutables accidents.

Lorsque l'infection se généralise aux voies biliaires, ce qui se traduit par de la sensibilité, de la fièvre, de l'ictère, et une augmentation excessivement variable du volume du foie, le moment d'intervenir est arrivé lorsque les différents diagrammes pris pendant trois jours, accusent soit une régression de volume, soit une constance de volume. Il peut arriver que le foie soit rétracté depuis longtemps, il ne faut pas alors attendre trop longtemps pour intervenir lorsqu'on a constaté les premiers symptômes d'angiocholite.

Quant à l'intervention dans l'obstruction des voies biliaires, il est impossible de lui assigner une date fixe. Tout dépend de la manière dont le malade, et surtout son foie se défendent.

La tolérance à l'ictère varie et est fonction du passé morbide antérieur, on recherchera les indications opératoires, surtout dans l'étude des modifications fonctionnelles du foie, et à cet égard il ne faut pas s'en rapporter seulement à l'analyse des urines, à l'épreuve de la glucosurie alimentaire, au mode d'élimination du bleu de méthylène, mais surtout aux résultats de l'étude des variations de volume du foie. L'hypertrophie du foie offre une signification favorable, lorsqu'elle est sujette à des variations, c'est un symptôme de défense générale active. L'atrophie est au contraire un signe de défaillance et lorsqu'elle persiste sans variations quatre à cinq jours, cette invariabilité de volume constitue une indication d'opérer.

L. JUMON.

Emploi des gants dans les opérations abdominales, par FRANK TAYLOR (*The Practitioner*, septembre 1906). — Il n'est pas de région qui exige, plus que la cavité abdominale, l'exclusion des micro-organismes pathogènes.

Pendant une cœliotomie, il y a trois sources d'infection étrangère : les mains du chirurgien et de ses assistants, la peau de l'abdomen, à travers laquelle on fait l'incision, et les instruments employés. Pour les instruments, les éponges, les matériaux de ligature, l'ébullition et la vapeur chaude sont les meilleurs stérilisants. Mais cette méthode n'est pas applicable à la peau de l'abdomen et aux mains. Bland Button déclare que les mains du chirurgien doivent être gantées de gants de caoutchouc préalablement bouillis. La brosse et le lavage, en effet, ne peuvent pas atteindre les microorganismes situés dans les follicules pileux et les glandes sébacées. Le port de gants de caoutchouc remédie à cet inconvénient sans apporter d'obstacle à l'adresse du chirurgien. On a objecté que les gants émoussent la sensibilité des doigts, mais cela tient à la manière dont on les met. Moynihan conseille, après avoir fait bouillir les gants, de les remplir de la solution saline stérilisée

Lorsque le gant est presque complètement rempli d'eau, il est tenu par une main, tandis que l'autre main s'insinue dans ce gant. L'eau s'échappe alors jusqu'à ce que les doigts atteignent jusqu'à un pouce des extrémités. La manchette du gant est retournée, et ce n'est qu'après que les manches stérilisées ont été mises qu'on retourne le gant sur l'avant-bras. L'autre gant se met de la même manière. Seulement, on achève d'enfoncer les gants jusqu'au bout des doigts en se servant de gaze stérilisée. De cette manière, les gants sont intimement appliqués sur la peau sans empêcher les mouvements de la main. Le côté extérieur du gant ne doit jamais être touché avec la main opposée, qui, quoique scrupuleusement désinfectée, pourrait, en cas de doute, infecter le gant. La main gantée doit alors fréquemment être rincée dans une solution saline stérilisée, afin de la tenir constamment humide. Il est alors plus facile de travailler que lorsqu'elle est sèche. Il est certain que, dans les opérations abdominales, la mortalité est moins élevée lorsqu'on se sert de gants bien stérilisés.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

L'ulcère peptique de l'œsophage, traitement par WILDER TILESTON (*The Amer. J. of the med. sc.* août 1906). — Par ulcère simple ou peptique de l'œsophage, on entend un ulcère situé à la partie inférieure de l'œsophage et ayant une ressemblance avec l'ulcère simple de l'estomac. Il se distingue donc des autres espèces d'ulcérations, cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, etc.

Pour qu'un ulcère peptique puisse se former dans l'œsophage, il faut que le cardia soit insuffisant et permettre le reflux du suc gastrique dans l'œsophage. Les maladies qui déterminent des vomissements fréquents, telles que la péritonite, la néphrite, la gastrite chronique et surtout l'ulcère de l'estomac jouent un rôle étiologique important. L'abus de l'alcool et tous les agents irritants ingérés ont une action prédisposante.

Dans un grand nombre de cas, l'ulcère peptique de l'œsophage est resté latent, ou n'a pas donné lieu à des symptômes suffisamment caractéristiques, pour établir un diagnostic. La douleur, la dysphagie, les vomissements et les hématémèses sont les principaux symptômes ; la perforation est la complication la plus redoutable. Lorsqu'il guérit, il donne lieu à des rétrécissements qui céderaient souvent à la dilatation.

Les indications du traitement pendant la période d'ulcération sont les mêmes que pour l'ulcère gastrique. Afin de remplir les conditions favorables à la guérison, l'irritation de l'ulcère par le passage des aliments doit être réduite au minimum. L'alimentation rectale sera donc indiquée pendant une courte période, avec repos au lit, pour être suivie du traitement de Leube. Il convient d'éviter tous les aliments qui peuvent causer une irritation mécanique, thermique ou chimique. L'état général du malade doit être l'objet d'une attention particulière.

Parmi les médicaments qui, donnés par la bouche, peuvent avoir une action sur l'ulcère, on doit mentionner le nitrate d'argent à la dose de un à trois centigrammes trois fois par jour, dissous dans une certaine quantité d'eau et le sous-nitrate de bismuth à la dose d'un gramme, en suspension une fois par jour.

Dans quelques cas, il est probable que le médicament reste un certain temps en contact avec l'ulcère pour exercer sur lui une action favorable. Il ne serait pas prudent d'essayer des applications locales directes, au moyen de l'œsophagoscope, en raison du danger d'hémorragies. Pour la même raison, les lavages de l'œsophage sont contre-indiqués.

Dans la période de sténose, il est habituellement nécessaire de faire la dilatation à l'aide de bougies. Dans les cas légers, on peut ainsi arriver à une guérison complète. Dans d'autres cas, on doit recourir pendant longtemps au passage de la sonde. Si le rétrécissement est infranchissable, on peut recourir aux mesures opératoires, habituellement à la gastrotomie, avec alimentation à travers la fistule. Ce moyen de traitement améliore rapidement la nutrition et en même temps les ulcères ont des chances de guérir, le spasme cesse, et l'œsophage redevient perméable.

L. JUMON.

46 observations d'ulcère gastrique et duodénal perforant avec opération, par ALEXANDER MILES (*The Edinb. med. J.* août et sept. 1906). — L'étude de ces cas peut se résumer de la façon suivante. La tendance à la perforation de l'ulcère gastrique et duodénal paraît être plus grande chez l'homme, malgré la fréquence plus grande de l'ulcère chez la femme. La perforation se produit d'un âge moins avancé chez les femmes que chez les hommes et le pronostic semble d'autant meilleur que le patient est plus jeune. Dans les antécédents, les troubles digestifs sont la règle, mais il est rare cependant qu'il y ait eu des hématémèses. Les perforations gastriques siègent dans la grande majorité des cas sur la paroi antérieure de l'estomac. Toutes les perforations duodénales siégeaient dans la première partie du duodénum et, sauf une exception, sur la paroi antérieure. Les symptômes les plus caractéristiques de la perforation sont la soudaineté de l'attaque et l'intensité de la douleur, la rigidité de la paroi abdominale et la gravité du shock. Le vomissement n'est pas un symptôme commun, car il ne s'est montré que dans douze cas sur trente-sept. Le siège du maximum de la douleur spontanée et à la pression peut servir de guide sur le siège de la perforation et par conséquent sur le point où il faut inciser. Il ne faut pas s'en rapporter à l'amélioration apparente qui suit souvent le shock pour différer l'opération. Dans vingt-deux cas, où l'on n'a pas donné d'opium, il y eut dix-sept guérisons et cinq morts, tandis que pour les douze cas traités par l'opium il y eut seulement deux guérisons.

Dans tous les cas, l'abdomen doit être ouvert le plus tôt possible par une incision verticale entre les fibres du muscle droit et faite au point le plus douloureux. Il est rarement nécessaire d'ouvrir l'estomac pour trouver la perforation. L'excision de l'ulcère est rarement nécessaire pour assurer l'occlusion de la perforation, mais sur la ligne des sutures faites par la perforation, il faut fixer une greffe de l'épiploon afin de mieux assurer la fermeture.

Ce n'est que dans un petit nombre de cas qu'il y a indication à faire une gastro-entérostomie comme mesure préliminaire contre la sténose du pylore ou comme moyen de favoriser la guérison de l'ulcère. Elle doit être pratiquée si la fermeture de l'ulcère doit entraîner le rétrécissement du pylore. Dans certains cas, il est plus simple de faire la pyloroplastie. L'abdomen doit habituellement être lavé et le drainage est pratiqué par une ouverture spéciale au-dessus du pubis.

Les injections salines copieuses sont très utiles ; après vingt-quatre heures, on peut donner des liquides par la bouche. Comme complications à la suite de l'opération, l'auteur a observé la fistule gastrique temporaire, la pneumonie, la bronchite, la parotidite aiguë non suppurée, la phlébite des membres inférieurs, le développement d'abcès pelviens et sous-phréniques.

Le facteur dominant qui influe sur le pronostic est la période écoulée entre le moment de la perforation et celui de l'opération. Chaque heure de retard diminue les chances de guérison.

L. JUMON.

Le grand abcès du foie nostras dans la région toulousaine, par G. BOYREAU (*La Province médicale*, 18 août 1906). — Sans présenter cette affection comme une nouveauté, l'auteur insiste sur l'étiologie et les allures cliniques des abcès du foie, dont il donne quinze observations. L'affection est plus rare chez la femme et s'observe entre trente et cinquante ans.

La débilité, les privations, les maladies antérieures constituent des prédispositions. L'abcès du foie nostras s'est parfois développé à la suite d'un traumatisme ou d'un refroidissement. La dysenterie joue un rôle étiologique plus effacé que dans les pays chauds. L'auteur a retrouvé comme causes pathologiques, les hémorroïdes suppurées, l'entérite et la diarrhée, les troubles dyspeptiques. L'hépatite suppurée dans les pays tempérés évolue souvent avec une grande insidiosité qui expose à des erreurs de diagnostic.

L'abcès est généralement unique, dans deux cas seulement il existait deux ou trois foyers. L'intervention précoce est la grande condition d'un pronostic favorable. Le traitement consiste à inciser largement l'abcès, à faire des lavages et le drainage. Dans cette intervention, on peut être amené à faire primitivement ou secondairement une résection costale. Le pronostic est grave, sur quinze malades opérés, il y eut neuf morts.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire

Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Sur l'angine de poitrine et son traitement, par G. A. Gibson (*The Practitioner*, septembre 1906). — Après avoir donné quelques indications sur la pathogénie, les lésions et la clinique de l'angine de poitrine, l'auteur aborde le traitement. Le premier point à considérer est de chercher quelles sont les conditions qui peuvent provoquer ou influencer les symptômes. On examinera les viscères abdominaux, la distension abdominale causant souvent les accès. Les troubles de la circulation pulmonaire par la surcharge du cœur droit peuvent avoir le même effet. D'autre part, tout arrêt dans la sécrétion de la peau ou des reins, cause des troubles dans le côté gauche du cœur, en accroissant la pression sanguine. On devra remédier à tout ce qui peut être un sujet de trouble pour la santé générale.

Dans le paroxysme, il faut soulager le malade le plus rapidement possible. Tous les médicaments qui diminuent la pression artérielle ont une grande importance, les plus utiles sont les nitrites et les iodures. Le nitrite d'amyle est d'une efficacité qui ne peut guère être surpassée. Le nitrite de butyl donne aussi de bons résultats. L'iodure d'éthyle ou éther iodhydrique en inhalations à doses de cinq gouttes a également une valeur considérable. Mais on ne peut juger la valeur de ces médicaments que par les résultats qu'ils donnent dans chaque cas. Malheureusement, ils provoquent souvent des maux de tête et des malaises. Une bonne combinaison est l'association en capsules de cinq gouttes d'iodure d'éthyle et de dix gouttes de chloroforme.

A ce moment, les stimulants alcooliques sont très utiles, sous forme d'eau-de-vie, d'éther, d'alcool chloroformé et d'acétate d'ammoniaque. Il peut être nécessaire de donner de l'éther et du chloroforme en inhalation ou une injection de morphine. L'application de la chaleur sur la poitrine est souvent utile. Le malade sera placé le plus confortablement possible, à l'air pur, et fera des inspirations profondes.

Comme traitement préventif, le régime doit être réglé, on évitera les flatulents. L'exercice doit être suffisant, même au point de vue intellectuel. Il faut encore assurer un sommeil réparateur. Si le malade ne peut pas faire d'exercice, il faudra le soumettre au massage et à la gymnastique suédoise.

Le traitement pharmaceutique doit tenir compte de la complexité des causes. Dans les types organiques, ce sont les altérants, surtout les iodures qui trouveront leur place. On les associera à l'arsenic, soit pour prévenir l'iodisme, soit pour soumettre les malades à l'action de l'arsenic.

Pour abaisser la tension sanguine, les vaso-dilatateurs, la nitroglycérine sont très utiles. Au besoin, on peut faire une injection sous-cutanée de la solution de trinitrine, composée de 10 gouttes d'alcool à 90° et de 25 gouttes d'eau distillée, dont on donne 1 à 4 gouttes à la fois en injection. On emploie dans ce même but le tetranitrate d'érythrol, le pentanitrate de manitol.

Dans les cas où le cœur faiblit, il devient nécessaire de donner des toniques cardiaques, comme le strophantus avec la noix vomique, en même temps que le malade observera le repos.

Dans la goutte, le traitement est le même, on peut y joindre le colchique et les alcalins.

Pour combattre l'angine de poitrine réflexe, il faut chercher la cause du trouble réflexe et administrer les bromures qui diminuent l'irritabilité réflexe. Le type vasomoteur sera traité de préférence avec les nitrites. Dans un cas où les symptômes étaient analogues à ceux de la maladie de Raynaud, l'extrait thyroïdien a donné de bons résultats.

L. Jumon.

Emploi du sérum antistreptococcique dans l'empyème, par F. Ingles (*Brit. med. J.*, 11 août 1906). — L'observation publiée concerne un garçon de 11 ans dans un mauvais état de nutrition, atteint d'un épanchement pleural du côté gauche. Pendant neuf jours, la température varia de 37°8 à 40°. La douleur aiguë s'était calmée et l'enfant commençait à présenter des signes de dépérissement rapide. Il était en proie à l'hecticité et on trouva du pus dans la poitrine. L'opération fut proposée, mais elle fut refusée par les parents.

La température resta élevée, variant de 37°2 à 39°4 matin et soir. L'auteur injecta alors dix centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Les trois jours suivants, la température fut de 38° le matin et de 40° le soir. Quelques jours après, l'enfant présentait un érythème scarlatiniforme avec 40° ;

précoce dans tous les cas, puisque certains peuvent guérir par le traitement médical seul et qu'il y a une mortalité opératoire même dans les cas légers.

Les seules opérations à envisager d'après l'auteur sont la thyroïdectomie partielle et l'extirpation du sympathique cervical et de son ganglion. La ligature des vaisseaux thyroïdiens à un effet palliatif et une utilité avant la thyroïdectomie. Espérant éviter l'intoxication thyroïdienne aiguë qui a rendu la mortalité opératoire si élevée, Curtis a essayé la sympathectomie dans sept cas, mais quatre malades seulement ont guéri. Trois ont eu une guérison permanente. L'opération est plus difficile que la thyroïdectomie, elle peut être rapidement faite avec l'anesthénie locale, mais la mortalité est élevée. Pour ces raisons, l'auteur préfère pratiquer la thyroïdectomie qu'il a faite dans quatorze cas tous avancés, dont quatre morts par thyroïdisme aigu. L'opération se fait de préférence en deux temps : la ligature préliminaire des artères est suivie de l'excision partielle de la glande.

Dans l'intervalle, le malade garde le lit et est soumis à un traitement sédatif, bromures, glace sur le cœur, etc.

Le nombre total des cas publiés de thyroïdectomie est de 136 dont 17 morts, dues surtout au thyroïdisme aigu. Il est inexact de dire que les succès opératoires ne sont dus qu'à des périodes d'accalmie temporaire si souvent observées dans le goître exophtalmique, traité ou non, car les malades ont été suivis pendant longtemps après l'opération. Aucune méthode de traitement médical essayée jusqu'à présent n'a donné de résultats comparables à ceux du traitement chirurgical qui n'a été appliqué que dans les cas avancés de la maladie.

L. Jumon.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Maladie du pollen (rhume des foins), par R. Belaize (*La Province médicale*, 25 août 1906). — Après les travaux précis des auteurs allemands sur le rhume des foins, les pollens passent aujourd'hui pour les agents provocateurs incontestés de cette maladie. Cete notion étiologique a conduit ces auteurs à isoler des pollens une toxalbumine avec laquelle ils ont préparé un sérum doué d'une action thérapeutique spécifique en applications nasales ou en instillations conjonctivales. Cependant, comme le fait remarquer Belbèze, l'hay fever ne peut être considéré comme ayant une spécificité absolue, si l'on rappelle que le même syndrome peut être provoqué par la poudre d'ipéca, la poudre de riz, même la fumée de tabac. Le traitement de la diathèse joue ici un rôle prépondérant.

L'auteur indique par ordre d'efficacité les médicaments qu'il a trouvés utiles :

1° Cocaïne ou stovaïne, ou adrénaline-cocaïne en reniflages ou en badigeonnages sur le cornet inférieur.

Mais, comme il faut user de solutions assez fortes, on s'expose à des intoxications.

2° Eau de Cologne, alcoolat de lavande, alcoolat de Fioraventi (mentholés ou non) en inhalations ;

3° Datura en inhalations ou cigarettes ;

4° Vaseline mentholée, badigeonnages ou pulvérisations ;

5° Ammoniaque ou chlorure d'ammonium en inhalations.

Voilà pour le traitement de l'accès.

Le traitement médical proprement dit consiste en première ligne à donner de l'arsenic sous forme de cacodylate de soude un mois au moins avant l'accès, par séries progressives et intermittentes. L'iodure à faible dose (0 gr. 50) par jour, pris quinze jours à trois semaines à l'avance, et isolément, n'a réussi que chez deux sujets.

Les alcalins, pris isolément (Vichy) ont donné un résultat. Dans deux cas, le cornet inférieur a été cautérisé au galvano-cautère sans aucun succès. Au total, d'après l'auteur, c'est l'arsenic cacodylique qui paraît jouir d'une réelle efficacité dans cette affection, qui sévit chez le neuro-arthritique.

L. Jumon.

Injections et implantations de paraffine sur le visage, par Eckstein (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 30 juillet 06). — L'auteur compar faire ressortir que le terme de paraffine manque un peu de précision ; il arrive qu'une paraffine au point de fusion de 50° est plus dure à la température de la chambre qu'un mélange de vaseline et paraffine

fondant à 56°. Pour la prothèse, la première sera évidemment bien préférable.

L'auteur rejette toutes les paraffines à point de fusion plus bas et réfute les objections soulevées contre l'emploi de la paraffine fondant à 50° : Si celle-ci a provoqué des accidents en cas d'ozène, cela tient à ce qu'on opérait en milieu infecté, et à la quantité injectée (ne pas dépasser 1 ccm.). Les embolies furent causées par des erreurs de technique, car l'auteur n'en a jamais observé, bien qu'il ait fait plus de 2.000 injections. Il faut se servir de canules épaisses, à longue ouverture, recourbées à la pointe, anémier la région, s'il y a lieu, au moyen d'une injection d'adrénaline, et faire la compression digitale autour du point injecté jusqu'au moment où la masse injectée a durci. On n'injecte pas plus de 5 cc. à la fois, et l'on peut ainsi, en une séance, arriver à injecter 50 ccm.

Les accidents du côté de l'œil n'ont jamais été observés avec la paraffine fondant à 50°, qui est absolument inoffensive, et conserve la position qu'on lui donne au moment où on l'injecte. La paraffine molle est plus irritante, car elle est moins pure et s'étale davantage, ce qui fait que la surface de la masse injectée est beaucoup plus grande qu'avec le bloc de paraffine plus dure : cette dernière n'est en outre jamais résorbée.

Les résultats sont parfaits quand la peau est mobile, exempte de cicatrices ou d'adhérences. S'il y a des adhérences, on peut, avec un ténotome fin, les détacher et si, malgré cette intervention, la peau est encore tendue, on pratiquera l'implantation de paraffine. On prépare un morceau de paraffine, du volume et de la forme appropriés, on le désinfecte, et on insensibilise par infiltration jusqu'à anémie complète de la région. Après incision, on introduit le morceau de paraffine par la plaie et on pose quelques sutures.

L'avantage de l'implantation est son exactitude quasi-mathématique ; on peut donner au morceau implanté la forme et le volume définitifs avant de le mettre en place. Les inconvénients du procédé consistent dans l'importance de l'opération, la réaction plus vive et la cicatrice inévitable. On peut du reste combiner les deux méthodes chez le même sujet.

L'auteur se basant sur plus de 2.000 injections exécutées par lui, estime qu'aujourd'hui, avec tous les perfectionnements que la méthode a subis, on se trouve en présence d'un genre d'intervention qui donne toute satisfaction au malade et au chirurgien.

E. Vogt.

Traitement du torticolis, par A. Turby (*Brit. med. J.*, 16 juin 1906). — S'il s'agit d'un enfant et s'il y a des antécédents syphilitiques il est très important d'instituer un traitement antisyphilitique et d'apprendre à la mère à manipuler la tête dans la direction opposée au sterno-mastoïdien contracturé. Mais si le torticolis date de longtemps et qu'il existe de l'asymétrie de la face, il est inutile de faire des manipulations et d'appliquer des appareils, l'opération est seule efficace.

La ténotomie sous-cutanée est dangereuse ou inefficace et doit être rejetée aujourd'hui. Il faut faire la ténotomie à ciel ouvert, par une ou deux incisions. Après avoir sectionné transversalement le muscle à deux centimètres environ au-dessus de la clavicule, il faut aussi sectionner l'aponévrose profonde, sans quoi le résultat de l'opération serait incomplet. Pour éviter les inconvénients d'une cicatrice trop visible chez les filles l'auteur fait une incision oblique sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, assez large pour pouvoir ensuite diviser le muscle. La cicatrice reste linéaire et se trouve cachée dans le pli antérieur du sterno-mastoïdien. La méthode à ciel ouvert est seule rationnelle et exempte de danger, elle est d'une exécution facile et évite certains inconvénients tardifs. La tête doit ensuite être placée en hypercorrection, l'immobilisation étant faite pendant 15 à 20 jours avec du sparadrap, puis le patient porte durant deux ou trois mois un collier maintenant la tête en bonne position.

Quant au torticolis spasmodique, il a une étiologie distincte, surtout cérébrale et la contracture intéresse un certain nombre de muscles en dehors du sterno-mastoïdien. Ici la section de ce dernier muscle ne donne que peu ou pas de résultats. Jusqu'en 1888 l'élongation ou la section du nerf spinal a été la meilleure forme de traitement. Mais la contracture récidive après l'opération. Dans les cas graves Gardner a proposé la section des branches postérieures du plexus cervical avec excision d'une partie de ces nerfs. L'incision est faite de la protubérance occipitale à l'apophyse mastoïde, une autre part de ce dernier point, et aboutit à l'apophyse épineuse de la sixième cervicale. Le lambeau est disséqué, retourné sur la ligne médiane et par la division du

splenius et du complexus on arrive sur les branches du nerf sous-occipital et les premières branches du plexus cervical qui sont excisées près de la colonne vertébrale. On détruit ainsi les réflexes à travers les nerfs sensibles et les nerfs moteurs des muscles antérieurs du cou.

L. JUMON.

Ophtalmologie

Dr DARIER

Ancien président de la Sté d'Ophta ologie

Nouvelles considérations sur la cure d'atropine, par BECKER (Dusseldorf). (*Congrès des ophtalmologistes de Dusseldorf*. 4-2. 1906). — Deux cas de myopie progressive ont montré à l'auteur que la cure est généralement efficace, mais reste quelquefois sans action. Ses malades lui ont permis de constater que trois fois avant la cure, il y avait spasme du muscle ciliaire (démontré par l'abaissement de la myopie, après l'action du médicament) ; qu'en outre la myopie n'a pas progressé pendant toute l'année suivante, malgré la correction totale de la réfraction.

La cause initiale de la myopie progressive est, pour l'auteur, le travail de près. Aucune autre théorie, (th. de la convergence, th. de Silling, de Lauze) ne permet d'expliquer aussi bien les faits. On lui oppose que l'accommodation ne provoque pas d'augmentation de la pression intra-oculaire. Pourtant elle peut avoir sur la réfraction une influence notable. Sans augmenter d'une façon absolue, la pression intra-oculaire peut agir différemment sur les parois d'un œil normal et sur une choroïde constamment tendue par des efforts accommodatifs. Sous l'action de cette traction, la choroïde n'est plus soumise aux mêmes alternatives de tension et de relâchement. Il en résulte une stase veineuse dans les veines vorticillées qui déjà n'ont plus de valvules, et par suite une augmentation de pression. Cette augmentation de pression agissant sur un œil jeune peut favoriser le développement d'une myopie. L'atropine agirait alors parce qu'elle rend aux éléments élastiques de la choroïde leur élasticité en paralysant pendant plusieurs semaines le muscle ciliaire. La correction totale agirait de même par la gymnastique qu'elle impose à l'accommodation, du muscle ciliaire et, par suite, à la choroïde. Le prof. Emmert (de Berne) admet qu'il y a insuffisance du muscle ciliaire, stase veineuse et insuffisance de la choroïde dans le segment postérieur de l'œil. Il recommande par suite l'ésérine et les myotiques, de préférence à l'atropine. Becker croit, au contraire, qu'il y a plutôt spasme du muscle ciliaire au début de la myopie. L'ésérine a réussi dans des cas de myopie élevée sans hypertension. L'atropine n'est bien entendu recommandable que lorsqu'il y a hypertonus.

A. DARIER.

De l'heureux effet de la tarsorraphie dans certains traumatismes du globe. — A. MONTHUS (*Arch. d'opht.*, janvier 1906). — L'auteur préconise la suture des paupières comme le meilleur pansement dans les traumatismes graves. Voici ses conclusions :

« La tarsorraphie mérite de prendre place dans nos méthodes de traitement de plaie pénétrante du globe. Dans une certaine mesure, elle nous paraît être appelée à remplacer les sutures cornéennes, sclérales ou conjonctivales. Elle agit en assurant l'immobilité parfaite du globe, en le préservant de toute pression anormale, variable, et semble même avoir une influence favorable contre le développement de certains accidents d'ordre infectieux. »

A. DARIER.

Clinique thérapeutique du trachome, par SCHIELE (*Archiv. f. Augenhk*, L. IV, 3.). — Dans ce pays particulièrement infecté de trachome qui constitue la Russie, les statistiques sont faciles et les essais thérapeutiques sont nombreux. Schielle présente un exposé du trachome à la ville, au village, dans la famille, etc... ; insiste sur la réinfection permanente « qui, par la variété des virulences, enlève à l'organisme l'adaptation à la défense », et surtout offre un moyen non nouveau mais selon lui très efficace, le crayon d'acide iodhydrique rendu plus ou moins dur, suivant la proportion de gomme ; la cautérisation est faite avec une force variable. La douleur est notable, et la réaction dure huit jours, due à l'iode naissant ; 3 cautérisations sont rarement nécessaires. Pourtant Schele utilise aussi l'argentamine, le cuivre, l'iodogallicine : mais l'acide iodhydrique reste le plus efficace. Il faut louer l'auteur de ses recherches et nous féliciter du petit

nombre de cas de trachome dans la majeure partie du territoire français.

A. DARIER.

Valeur thérapeutique de la pommade jaune, par GELPKE (Karlruhe) (*Sammlung. zwangl. Abh. an. Augenhh. n° 6*). — Cette préparation, si généralement prescrite si rarement bien préparée, et connue de tout médecin non spécialiste est ici très sévèrement jugée. L'excipient doit être gras, c'est-à-dire contenir des graisses vraies (lanoline), plutôt que simplement composé de vaseline (graisse fraîche) ; la dose de mercure doit varier suivant les cas, et les contre-indications sont nombreuses. La pommade jaune est nuisible quand il y a une vive inflammation, et au contraire très précieuse quand il faut exciter un processus trop torpide et réparer certaines pertes de substance, Manz autrefois ne donnait la pommade jaune qu'en l'absence complète d'irritation oculaire ; Pour les paupières, l'eczéma séborréique nécessite un lavage au savon (almose), lotions lécine, ichthyol. Dans les formes ulcéreuses, le protargolage est efficace, de même que la pommade jaune de 1 à 5 0/0 ou le mélange zinc et ichthyol. Les blépharites avec conjonctivite chronique se trouvent bien de la pommade jaune. Dans les conjonctivites Gelpke emploie rarement la pommade jaune ; il préfère le calomel, surtout si la cornée est intéressée.

A. DARIER.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

Sur le traitement de la syphilis, par HARDAWAY (*Therap. Gazette*, 15 août 1906). — L'auteur, qui est professeur à l'Université de Saint-Louis, formule ainsi ses règles de traitement. Ne jamais soumettre un malade au traitement spécifique avant l'apparition des symptômes généraux. L'administration du mercure par la bouche est la manière la plus pratique de le donner. L'auteur se sert d uprotoiodure à la dose de un à trois centigrammes, trois fois par jour. Mais, dans presque tous les cas, il faudra donner du fer ou de la quinine avec le mercure. Les frictions sont un excellent mode de traitement, qu'on peut alterner avec l'emploi par la bouche. Les injections sont indiquées lorsqu'on veut obtenir un effet rapide, ou lorsque d'autres méthodes sont contre-indiquées ou échouent. Le bichlorure de mercure répond à toutes les exigences et n'a pas les dangers des injections insolubles. L'iodure doit être réservé pour la seconde année et être administré en même temps que le mercure.

Malgré la grande valeur de l'iodure de potassium dans les périodes secondaire et tertiaire, il ne faut pas, cependant, abandonner le traitement mercuriel, qui doit être repris après l'iodure.

Au début de la syphilis, le traitement doit être commencé avec rigueur, puis, après une courte période de repos, il faut le reprendre au moins six mois. On ne diminue la durée des périodes de traitement actif qu'au bout d'un an et demi. Au commencement de la seconde année, on administre l'iodure de potassium en même temps que le mercure. Finalement, le traitement se prolonge durant trois ou quatre ans.

Le traitement de la syphilis est pratiquement le même que pour la syphilis acquise. Chez les enfants, l'auteur préfère les frictions, quoique beaucoup prescrivent le calomel, la poudre grise ou le bichlorure. Le traitement mixte est très eftcace dans les lésions des os et des viscères.

L'auteur pense que, dans un certain nombre de cas, la syphilis cesse d'être transmissible au bout de deux ans au moins, mais il y a beaucoup d'exceptions, et ce serait une grave erreur de faire une loi de ce fait plus ou moins fréquent. Certains syphilitiques ne doivent jamais se marier, en raison des récidives fréquentes, de la malignité des symptômes ou des accidents de syphilis nerveuse. L'auteur croit devoir admettre comme règle de ne jamais permettre à un syphilitique de se marier avant quatre années, pendant lesquelles le malade aura suivi un traitement spécifique et hygiénique, et en admettant qu'il ait été indemne de tout accident spécifique pendant deux ans.

L. JUMON.

Le traitement intensif de la syphilis, par HENRY FOX (*Therap. Gazette*, 15 août 1906). — L'auteur s'élève contre le traitement intensif de la syphilis dans tous les cas ; il est de ceux qui admettent que la syphilis a le plus souvent une marche bénigne et irait presque à croire que, comme les exanthèmes fébriles, elle guérit spontanément par la seule hygiène. La règle acceptée par beaucoup de médecins que toute

syphilis doit être traitée pendant deux à quatre ans est nuisible.

Rien ne prouve, d'après lui, qu'une syphilis non vigoureusement traitée pendant un certain nombre d'années soit plus exposée que d'autres, plus tard, à des accidents tertiaires. Il pense que beaucoup de syphilitiques qui n'ont jamais pris de mercure succombent à un âge avancé, tandis que les affections syphilitiques sérieuses survenant vingt ans ou plus après une infection se rencontrent assez souvent chez ceux qui ont suivi un traitement durant plusieurs années, et en dépit de ce traitement.

Certains cas de syphilis rebelle réclament au contraire une suspension temporelle du traitement mercuriel, alors que la tendance serait d'augmenter les doses. L'auteur pense bien que le mercure et l'iodure de potassium sont parmi les agents qui donnent les plus brillants résultats, mais il s'élève contre les idées actuelles du traitement de la syphilis et considère qu'il faut avant tout tenir compte du malade, pour lequel un bon traitement hygiénique est de la plus grande importance.

Toutefois, l'auteur n'apporte aucune preuve à l'appui de certaines de ses assertions.

L. JUMON.

Un nouveau procédé de traitement hydrargyrique, par THALMANN (*D. milit.-aerztl. Zeitschr.* n° 6, 1906). — L'auteur, se basant sur le fait que les effets des frictions hydrargyriques dépendent en grande partie de l'absorption sur les voies respiratoires de vapeurs mercurielles, a introduit chez 40 soldats syphilitiques, de l'onguent hydrargyrique à 50 0/0, additionné de 5 0/0 de talc, dans les narines, 3 à 4 fois par jour : en cas d'éternuements, l'application était renouvelée (dose pour une journée, 2 gr.).

Tous les malades ont fort bien suporté la médication et l'ont préférée aux autres procédés : on enregistra 2 fois de la stomatite, et une fois de l'érythème.

Les effets semblent un peu inférieurs à ceux des frictions, mais supérieurs à ceux de la médication interne : on s'abstiendra de recourir à ce procédé, dans les cas où l'on est obligé de recourir simultanément aux iodures.

E. VOGT.

Contribution au traitement des arthropathies blennorragiques par GUYOT (*Th. Paris*, 1906). Le traitement, enseigné par Galliard, consiste à faire la ponction de l'articulation suivie d'un lavage au sublimé, dans les cas d'arthrite gonococcique avec épanchement.

La ponction est faite par un trocart ou une aiguille N° 2 du Potain, le lavage est fait avec quatre ou cinq seringues de Roux d'une solution de sublimé à 1 pour 4.000. On ne laisse pas de liquide dans l'articulation qui est mobilisée aussitôt que possible pour empêcher l'ankylose.

Ce procédé supprime presque immédiatement la douleur, la fièvre et évite l'immobilisation prolongée qui entraîne si souvent des ankyloses graves. Il est donc supérieur à l'immobilisation simple et aussi à la ponction simple qui est souvent suivie d'une reproduction rapide du liquide, quand on ne fait pas de lavage.

Consécutivement on peut faire du massage, des pointes de feu, de l'électrisation, des bains térébenthinés, pour activer la guérison.

Ce moyen de traitement est à essayer dans les cas d'hydarthroses anciennes et récidivantes.

M. DESCHAMPS.

Du traitement des bubons suppurés, par BROESE VAN GROENSU (*Rev. prat. des mal. cutanées*, mai 1906). — L'auteur préconise l'application d'une solution d'eau oxygénée à 3 0/0, additionnée d'acide chlorhydrique à 5 00/00, sur les chancres mous, dans le but de détruire la bacille de Ducry : après incision du bubon, on introduit dans la cavité une mèche imbibée de cette même solution.

La guérison serait beaucoup plus rapidement obtenue que par d'autres procédés.

E. VOGT.

Traitement des chéloïdes par l'effluve de haute fréquence, par REDARD et BARRET. (*La Presse médicale*, 11 juillet 1906). — Les auteurs ont fait sur un sujet atteint de chéloïdes, des séances de 4 à 5 minutes, avec électrode promenée au contact de la peau et légèrement éloignée pendant les dernières secondes, pour cribler la surface de courtes étincelles.

Au bout de 2 à 3 jours, une croûte légère, peu adhérente se produisit ; elle tomba dans la huitaine. En outre, au bout d'un certain nombre de séances, la peau saine environnant le point traité se pigmenta, mais ce phénomène disparut spontanément dans la suite.

Au cours des 3 premiers mois, on fit une

séance par semaine, puis 2 : en tout, il y eut une quarantaine de séances. Vers la 20e les résultats étaient déjà des plus nets. La seule plaque traitée avait diminué d'épaisseur, en outre, deux petites chéloïdes accessoires s'affaissèrent, bien qu'on ne les ait aucunement traitées.

Après 40 séances, la saillie de la plaque a disparu, la peau est souple, de couleur normale, même plus blanche que le tégument environnant : Même remarque pour les 2 petites plaques. Il est évident que l'effluvation n'a pas agi comme un simple révulsif, mais qu'elle a produit une vasoconstriction cutanée très étendue.

Un an plus tard, il n'existait aucune récidive. La plaque traitée mesurait 5 à 6 cm. de diamètre. L'effluvation est peu douloureuse et ne provoque aucune réaction.

E. Vogt.

Traitement des chéloïdes par la lumière et le radium, par Fauveau de Courmelles (*Ass. Fr. pour l'avancement des sciences*, Lyon, août 1906). — Les cicatrices vicieuses et défigurantes sont très fréquentes et résistent même à l'opération chirurgicale, qui n'empêche pas les récidives. La lumière chimique, superficielle ou profonde par arc-angle entre électrodes de machine statique (Piffers) ou arc voltaïque au charbon (radiateur Foveau) ont donné d'excellents résultats esthétiques dans divers cas de chéloïdes. Pour d'autres, il a fallu recourir, en plus, à l'électrolyse négative, aux effluves de haute fréquence, très riches en lumière ultra-violette, au radium et aux rayons X, sans dermatite.

Des chéloïdes par infection et suppurant très fréquemment ont ainsi vu le pus se tarir et la cicatrice rétrocéder peu à peu, pour disparaître enfin totalement.

E. Vogt.

Technique du traitement radiothérapique de l'hypertrichose. — Présentation de patiente guérie, par Bordier (*Congrès de Lyon*, 2-9 *août* 06). — L'auteur a présenté au Congrès une femme de 28 ans dont la figure et le cou étaient couverts de poils gros et drus fournis comme chez l'homme. Après avoir suivi un grand nombre de traitements, parmi lesquels des *pointes de feu au thermocautère* qui lui ont produit des cicatrices profondes, la patiente fut soumise au traitement radiothérapique. L'auteur a fait seulement *une séance* sur chacune des trois régions en lesquelles la face fut divisée. La dose appliquée dans chaque cas fut de 7 à 8 unités I, c'est-à-dire une quantité faisant virer le platino-cyanure à une teinte voisine de la teinte III du chromo-radiomètre de M. Bordier. La radiodermite ainsi provoquée a duré près de six semaines ; les croûtes une fois tombées, la peau s'est reformée avec son aspect normal.

M. Bordier regrette que deux autres dames, qu'il a aussi guéries complètement de leur hypertrichose par la même technique, n'aient pas voulu se soumettre à l'examen de la Section.

Ce qu'il y a de surprenant dans ces trois cas, c'est que les *quelques* poils qui ont repoussé, peut-être une vingtaine, sont *blancs*, les patientes étant très brunes ! Une forte dose de rayons X semble bien produire des effets inverses de ceux d'une faible dose (dépigmentation et repigmentation).

E. Vogt.

La radiothérapie dans le traitement des néoplasies malignes superficielles, par Bissérié (*Journal de physiothérapie*, 15 août 1906). — L'auteur est partisan des doses massives (5 à 7 unités H) en une seule application : on attend la disparition complète de toute réaction pour recommencer. La quantité totale ne doit pas être inférieure à 30 unités H, si l'on ne veut pas risquer d'obtenir une guérison apparente et éphémère.

Si les radiations n'agisent pas sur les néoplasies profondes aussi bien que sur les superficielles, c'est qu'elles n'arrivent pas en quantité suffisante sur le point à traiter.

Si la lésion est très superficielle et disposée de telle façon que les rayons X puissent agir directement sur elle, c'est à eux qu'il faut s'adresser de prime abord : dans d'autre cas, la chirurgie déblaiera le terrain.

Dans les cas désespérés, la radiothérapie provoque la disparition des lésions apparentes, une sédation des troubles fonctionnels ; elle peut même déterminer un temps d'arrêt dans l'évolution du mal.

Dans la statistique de l'auteur concernant 200 cas environ de néoplasies malignes, on reconnaît que 8 sarcomes cutanés diffus ont donné 8 guérisons ; le sarcome semble plus sensible aux radiations X que l'épithélioma, qui a donné 168 guérisons sur 186 cas. Le mélano-sarcome est moins sensible que le sarcome pur (9 guérisons et 3 récidives sur 12 cas). Sur 17 cas d'épithélioma de la langue, il y eut 2 guérisons et 14 insuccès.

Les néoplasmes du sein ont donné 11 guérisons sur 38 cas ; les 27 insuccès présentaient des lésions profondes. Les guérisons datent de 2 ans pour la plupart : il y eut 4 cas de petites récidives, qui ont disparu assez rapidement sous l'influence de nouvelles séances.

Le mycosis fongoïde, enfin, a donné, sur 6 cas, 5 guérisons et une récidive.

E. VOGT.

Contribution à l'étude du traitement hydrique des brûlures, par DOHAN (*Bl. f. Klin. Hydrotherapie*, juin 06). — L'auteur préconise le traitement de Winternitz, qui consiste à déposer sur la plaie une couche simple de toile fine humide, bien appliquée : par-dessus, on place plusieurs couches de tissus hydrophiles imbibées d'eau à 24°, que l'on change fréquemment. On peut laisser la toile fine appliquée sur plaie pendant une semaine, et l'on enlève le pus au moyen d'une irrigation à 32°, faite à travers la toile. Grâce à ce procédé, on arive rapidement à supprimer les douleurs et la cicatrisation s'effectue sans aucune complication.

E. VOGT.

La leucoplasie buccale, par MAX JOSEPH (*Deutsche med. Wochenschrift*, 23 *août* 06). Nous retiendrons de cet article les conseils thérapeutiques : parmi eux, la défense absolue de fumer tient le premier rang. Il faut, en outre, éviter avec soin toute médication active, car, en irritant les points atteints, on risque de provoquer l'apparition d'un néoplasme. Seul l'acide lactique fait exception : on se servira au début d'une solution à 5 0/0, dont on imbibe un tampon d'ouate avec lequel on frictionne énergiquement les points malades tous les 2 ou 3 jours. On augmente peu à peu la concentration pour arriver à 50 0/0 : entre les cautérisations, on se sert d'eau oxygénée.

Le traitement spécifique n'a aucune influence sur la leucoplasie : les myrtilles sont dans le même cas, ainsi que le baume du Pérou, la pyoctanine, etc.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Contribution à l'étude des grands kystes hématiques simples du rein, par SOULIGOUX et GOUGET. (*Archives gén. de médecin*, 4 avril 1905). — Ce travail a pour but d'étudier l'histoire des kystes hématiques du rein assez volumineux pour avoir une manifestation clinique propre, en tant que tumeur ; il est tiré de huit observations, dont une est personnelle aux auteurs.

On rencontre ces kystes surtout pendant l'adolescence et l'âge adulte, plus souvent chez la femme, sans localisation précise : leur volume varie entre celui des deux poings et celui d'une tête d'adulte : leur forme est arrondie, régulière, sans bosselures ; ils peuvent contenir jusqu'à 4 litres de sang et des caillots en grande abondance qui tapissent la poche ; ils contractent souvent des adhérences avec les organes voisins. Lorsque les caillots sont enlevés, la poche peut saigner à nouveau au cours de l'intervention.

Leur isolement complet avec le tissu rénal et le bassinet les différencie de l'hématonéphrose ; cependant leur paroi peut contenir quelques fragments de parenchyme rénal, ce qui prouve qu'ils ont une origine rénale et qu'il faut les différencier des kystes pararénaux nés dans l'atmosphère celluleuse et des kystes surrénaux nés dans les capsules surrénales ou leurs débris aberrants.

Au point de vue pathogénique, le traumatisme est très discutable : d'après Terrier, il faudrait incriminer l'artériosclérose ; pour Fontan, il s'agirait d'une inflammation locale causant la rupture des vaisseaux ; en résumé, la cause est inconnue.

La symptomatologie n'a rien de caractéristique : le volume de la tumeur donne une sensation de pesanteur, de tiraillement, des douleurs, des signes de compression ; les signes physiques sont ceux d'une tumeur de rein ; quand le kyste est très volumineux, les rapports anatomiques n'existent plus et on le confond souvent avec un kyste du foie, ou de l'ovaire, ou de la rate. La palpation donne une sensation de fluctuation ou de rénitence.

Rien ne peut donc différencier cliniquement le kyste hématique du kyste séreux ; on peut cependant penser à un kyste hématique, quand l'augmentation de volume a procédé par poussées, et quand le malade est très anémié.

Le traitement consiste à évacuer la poche et à la réséquer ou la marsupialiser : si l'hémorragie se renouvelle après l'évacuation des caillots, il faut faire un tamponnement très serré après marsupialisation.

M. DESCHAMPS.

La lithiase rénale chez les tuberculeux suralimentés, par MONSSEAUX (*Arch. gén. de Médecine*, mai 1906). — La lithiase rénale peut survenir accidentellement chez les tuberculeux soumis à la suralimentation : il s'agit naturellement de la lithiase urique phosphaturique compliquant une infection rénale chez un tuberculeux.

Cette lithiase reconnaît pour cause l'exagération de l'alimentation azotée ; l'organisme devient hyper-acide et les oxydations se font incomplètement, d'où précipitation des urates. Elle est d'un pronostic bénin en elle-même, et plutôt favorable au point de vue de la tuberculose, puisqu'elle indique que le malade est devenu un arthritique, que son terrain s'est transformé et est devenu résistant à l'infection tuberculeuse.

Les symptômes sont généralement frustes : les douleurs, l'hématurie, l'émission de graviers sont très inconstants ; lorsque les signes ne sont pas nets, l'attention peut être attirée par l'hyperacidité de l'urine et la présence de cristaux uriques ou oxaliques dans le sédiment urinaire. Elle est souvent passagère et accidentelle, dans tous les cas modifiable par le traitement.

Le traitement devra être conduit avec prudence: le régime des lithiasiques ne sera pas prescrit d'une façon absolue, pour ne pas faire perdre au malade le bénéfice acquis par la suralimentaion, et ne pas risquer, en réduisant trop vite un arthritique récent, de réveiller l'infection tuberculeuse à peine enrayée.

Les opérations chirurgicales nécessitant l'anesthésie générale ne seront tentées qu'en cas de très grande nécessité, de peur de réveiller les lésions pulmonaires incomplètement éteintes.

Le traitement hydrominéral par les eaux alcalines faibles (Vittel,Contrexéville, Martigny) institué avec toute la prudence désirable, est à recommander et ne risque pas de faciliter le retour offensif du bacille tuberculeux.

M. DESCHAMPS.

Des néphrites bilatérales consécutives à des lésions traumatiques, par HÉDOUIN (*Th.*, Paris 1905). — Des lésions traumatiques d'un seul rein peuvent déterminer chez son congénère des lésions de néphrite atrophique lente. Cette action est établie par des faits cliniques (rein mobile, hydronéphrose) et des faits expérimentaux (traumatisme, ligature).

Expérimentalement, il semble prouvé que ces lésions sympatiques sont dues à l'action sur le rein sain des éléments détruits et des néphrotoxines provenant du rein traumatisé, et transportés par la voie sanguine.

La conclusion à tirer est que la néphrectomie est indiquée dans les traumatismes du rein lorsque les moyens ordinaires auront été impuissants à restituer à l'organe lésé son intégrité primitive.

M. DESCHAMPS.

Traitement de l'insuffisance rénale, par R. PREBLE (*Medical Record*, 23 juin 1906). — Si, dans les cas d'insuffisance cardiaque, on doit surveiller étroitement la quantité des urines, on doit prendre autant de soin que pour les cas ordinaires de néphrite en ce qui concerne la quantité d'eau et de sels ingérée. Avec une diminution de la sécrétion urinaire dans les maladies infectieuses, il n'y a rien de plus important que de donner des liquides en abondance. En ce qui concerne le traitement de l'insuffisance rénale, il ne faut pas oublier que nous ne savons que très peu de chose au sujet des substances toxiques qui donnent lieu à des manifestations cliniques. Il y a, ici, deux indications à remplir : la première est de restreindre la formation de substances toxiques, la seconde de favoriser leur excrétion. Une des sources de toxines réside dans les fermentations gastro-intestinales. Pour combattre l'auto-intoxication, on a à sa disposition la diaphorèse, l'action purgative et la saignée. Le clinicien doit souvent avoir en vue d'abord la saignée, et ne pas attendre trop longtemps pour y recourir.

L. JUMON.

Néphrite hématurique traitée avec succès par la décapsulation, par CAVAILLON (*Lyon médical*, N° 17, 1906). — Il s'agit d'une femme de 35 ans qui présentait depuis cinq ans des hématuries traitées sans résultat par les moyens médicaux et pour lesquelles on avait même fait avec le même insuccès une taille hypogastrique.

La décapsulation, pratiquée par Jaboulay, amena la guérison : l'hématurie cessa le sixième jour après l'opération, elle ne s'est pas reproduite depuis un an et l'état de la malade est resté satisfaisant.

M. DESCHAMPS.

Influence du mercure sur les reins, par ALPH. GUÉRIN (*Le méd. praticien*, 20 août 1906). — L'auteur, qui a étudié particuliè-

rement l'influence nocive que peut avoir sur les reins le mercure employé à doses thérapeutiques, se demande s'il est possible d'éviter ces intoxications et quelle conduite on doit tenir lorsque l'intoxication se produit. La dose et le mode d'administration ont ici une grande importance. Quelques auteurs se sont demandés s'il ne fallait pas renoncer aux injections de sels insolubles qui ont cependant une grande valeur thérapeutique, en raison même de la durée du séjour du mercure dans l'organisme. Pour empêcher la sporulation des spirochètes, il faut que l'organisme soit suffisamment imprégné. Le mieux est de commencer par étudier le terrain et de rechercher d'abord l'idiosyncrasie. On analysera les urines pour éviter toute méprise. La polyurie est un signe d'irritation rénale. Cependant, l'albuminurie qui peut être d'origine syphilitique nécessite le traitement spécifique, on suspendra au contraire si l'albuminurie survient pendant le traitement, surtout si l'on constate en même temps dans l'urine la présence de cylindres épithéliaux et granuleux. On recherchera au besoin la perméabilité rénale et il est à remarquer sur ce point que les eaux sulfureuses augmentent la perméabilité des reins au mercure. On pourra reprendre le traitement dès que l'urine sera redevenue normale, c'est-à-dire au bout de quelques semaines, rarement plusieurs mois. Chez les intoxiqués, le traitement sulfureux et l'iodure de potassium favoriseront l'élimination, il en est de même des laxatifs et en particulier des lavements.

L. JUMON.

Traitement de l'uréthrite compliquée de lésions profondes, par JOHN PARDOE (*The Polyclinic*, septembre 1906). — Lorsqu'il s'est développé une prostatite folliculeuse et que les vésicules séminales sont envahies, il faut exprimer soigneusement, par le massage rectal, le contenu des follicules et des vésicules. On peut y arriver aussi par la dilatation de l'urètre postérieur au moyen du dilatateur d'Oberlœnder ou de Kollmann. Le dilatateur a la courbe des bougies Béniqué. La dilatation peut être réglée en numéros de la filière Charrière. Lorsqu'on a obtenu le maximum de la dilatation, on introduit le doigt dans le rectum et on comprime la prostate sur l'instrument. Les follicules sont très complètement vidés de cette manière. Après la dilatation, qui est faite à l'aide de la cocaïne, on fait une large irrigation.

Le rétrécissement qui complique une urétrite doit être soumis à la dilatation, qui doit être pratiquée le plus près possible du début, parce que l'infiltration n'est pas encore transformée en tissu de cicatrice. On a alors beaucoup plus de chance d'obtenir une guérison permanente, et il est surprenant de constater la rapidité avec laquelle se produit parfois un rétrécissement après une urétrite. Pendant cette période, le malade fait une injection urétrale matin et soir, dans le but de distendre l'urètre. Il suffit, avec le contenu d'une seringue, de remplir l'urètre et de retenir le liquide pendant quelques minutes. Il est parfois utile de se servir d'un liquide astringent ou antiseptique. Leur nombre est considérable. L'auteur rappelle l'injection des quatre sulfates :

Sulfate de zinc.....	ãã 0 gr. 06
Sulfate de fer.....	
Sulfate de cuivre...	
Sulfate d'alumine ...	
Eau distillée	30 gr.

Le permanganate de zinc est quelquefois utile. C'est plutôt un sel irritant, que l'on ne doit pas employer à plus de 0 gr. 015 à 0 gr. 03 par 30 gr. d'eau. Le nitrate d'argent à la dose de 0,06 à 0,12 centigr. par 30 gr. est, pour l'auteur, la meilleure de toutes les injections. Mais beaucoup préfèrent le protargol ou l'argyrol.

Les instillations profondes trouvent enfin leur emploi dans les cas où l'urètre postérieur s'infecte de nouveau au bout de quelques semaines. Dans ces cas, l'auteur se sert du sulfate de cuivre à 0,60 centigr. pour 30 gr. d'eau. Ces instillations profondes avec des solutions fortes ne doivent pas être données plus de deux fois par semaine, et il vaut mieux s'abstenir s'il y a de l'augmentation de volume et de la sensibilité de la prostate, de même que lorsqu'il y a une épididymite il faut attendre que tout symptôme aigu ait disparu.

Lorsque les glandes de Little sont infectées les injections n'ont pas d'action : il faut alors les inciser à travers l'urétroscope, puis les cautériser directement par l'électrocautère ou des applications de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc ou des applications de nitrate d'argent.

Contre l'inflammation chronique des glandes de Cowper, l'auteur conseille l'ablation.

L. JUMON.

Des rétrécissements de l'urètre postérieur, par TÉDENAT (*Province Médicale*, 1906, n° 9). — L'existence des rétrécissements inflammatoires a été prouvée par l'observation macro et microscopique de Bazy et Decloux. Ces rétrécissements seraient dus, soit à la scérose périglandulaire des glandes de la muqueuse urétrale, soit à de la prostatite, soit aux instillations de nitrate d'argent (Le Für), soit au traumatisme produit par les sondes et les cathéters sur la muqueuse friable, soit à l'inflammation du vrai col de la vessie (Keyes).

Le diagnostic se fait par l'exploration de l'urètre avec l'explorateur à boule : tant que l'on sent la boule au périnée, elle est dans l'urètre antérieur (Bazy) ; quand elle est arrêtée et qu'on ne peut la sentir que par le toucher rectal, c'est qu'elle est dans l'urètre postérieur.

Il est probable que beaucoup de rétrécissements de l'urètre antérieur s'étendent aussi à l'urètre membraneux, car l'urétroscope montre que les lésions d'urétrite chronique affectent très souvent également cette portion du canal. Dans ces cas, il y a, la plupart du temps, de la prostatite chronique, et quelquefois une sclérose rétractile de la glande, provoquant une déviation de l'urètre, qui est alors rigide, étroit, grenu, bosselé.

L'auteur n'a observé que deux cas de rétrécissements prostatiques sans rétrécissement de l'urètre antérieur, chez deux jeunes sujets présentant de la prostatite chronique avec prostate dure, rétractée par la sclérose; les explorateurs 14 et 15 ainsi que les béniqués correspondants étaient arrêtés dans la région prostatique ; les mictions étaient difficiles, fréquentes, douloureuses, il y avait de la rétention partielle, et, les essais de dilatation étant infructueux, on dut faire l'urétrotomie externe sans conducteur.

Lorsqu'on est ainsi amené à faire l'urétrotomie externe, si les lésions urétrales sont légères, il faut pratiquer l'urétrorraphie ; lorsque la vessie est très infectée, il vaut mieux mettre un gros drain vésico-périnéal ou une sonde à demeure, pendant deux ou trois jours au plus.

Les rétrécissements traumatiques de l'urètre postérieur sont très rares,car les contusions du périnée amènent la rupture de l'urètre toujours dans la région périnéale; entre 2 et 5 centimètres de l'aponévrose moyenne ; cependant, d'après Leunander, quand le traumatisme a lieu d'arrière en avant, la rupture pourrait affecter la portion membraneuse.

Presque toujours, la rupture de l'urètre postérieur est produite par une fracture du bassin, soit que le fragment osseux le déchire directement, soit qu'il l'arrache en dilacérant l'aponévrose moyenne. Chez les enfants, la disjonction temporaire de la symphyse peut amener la rupture de l'urètre postérieur,sans qu'il y ait fracture du bassin. Dans ces cas, la prostate échappe généralement au traumatisme et l'urétrorragie est légère.

M. DESCHAMPS.

Opération du varicocèle par la méthode de Durante, par SCHIFONE (*Il Policlinico*, septembre 1906). — Après avoir incisé le scrotum et isolé le paquet veineux du cordon, on passe une aiguille armée d'un catgut n° 0 sous les veines ectasiées qu'on lie en masse ; avec le même fil, on fait un surjet de bas en haut autour de ce paquet veineux, en serrant bien chaque point ; lorsqu'on est arrivé au niveau de l'anneau inguinal, on noue le fil avec le chef initial resté au niveau de la première ligature ; les veines sont ainsi liées et le testicule suspendu. On laisse en dehors du surjet le canal déférent, les artères et quelques branches veineuses moins ectasiées. Les enveloppes du scrotum sont réunies par première intention.

Expérimentalement, l'auteur s'est assuré sur des animaux que, même lorsque l'artère spermatique est prise dans le surjet, la circulation sanguine du testicule n'est pas compromise ; de même pour les nerfs et le canal déférent, si on les prend par mégarde dans le surjet, le testicule reste normal. Ainsi tombe le principal argument invoqué contre le procédé.

Sur 24 malades opérés durant une période qui remonte de 4 à 10 ans, l'auteur a observé des résultats excellents : il ne reste ni douleurs, ni induration douloureuse, il n'y a pas de récidive ; le scrotum s'est rétréci sans avoir été réséqué.

M. DESCHAMPS.

Pédiatrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Causes et traitement de la diarrhée estivale chez les enfants, par C. GRIFFITH (*The Therap. Gaz.*, 15 juillet 1906). — Deux facteurs étiologiques interviennent dans la diarrhée estivale des enfants : les bactéries

et leurs toxines d'une part, l'action de la chaleur sur l'organisme de l'enfant. La seconde de ces causes est moins reconnue, cependant elle prédispose à la diarrhée en affaiblissant l'action digestive.

Le traitement préventif est le plus important. Le lait doit être aussi pur que possible; il serait inutile de stériliser un lait de mauvaise qualité, parce que le chauffage ne détruirait pas les toxiques. La pasteurisation est le procédé de stérilisation le plus recommandable pour le lait.

Une fois l'attaque de diarrhée commencée, la première indication est de supprimer complètement le lait de l'alimentation pendant un ou plusieurs jours, pour lui substituer de la décoction de céréales, de l'eau albumineuse, du jus de bœuf. Au début, on peut administrer un purgatif sous forme de calomel, de magnésie, d'huile de ricin, qu'on peut répéter plusieurs jours de suite. On revient alors au régime lacté, mais sans se hâter et d'une façon graduelle. Si les symptômes d'entérite continuent, le traitement local prend alors une grande importance. L'auteur préconise d'abord des lavements d'amidon donnés tièdes, et assez copieux pour distendre le colon. Les injections de sérum physiologique peuvent être données une ou deux fois par jour. Les astringents énergiques en lavements, tels que le nitrate d'argent et l'acide tannique ne conviennent que dans la forme chronique de l'entérocolite.

Comme médication interne, la première indication est de vider l'intestin. On donne ensuite des astringents doux, du sous-nitrate de bismuth aux doses de 30 à 60 centigr. toutes les deux ou trois heures, auxquelles on peut ajouter du tannigène ou de la tannalbine. Parfois, le salol associé au bismuth est très utile.

L'opium rend de grands services lorsque la diarrhée aqueuse persiste après que la fièvre a cessé. L'exagération du péristaltisme intestinal est le principal facteur de la diarrhée. On donnera alors des préparations opiacées, mais à petites doses en raison de la faiblesse.

Il peut arriver enfin que les stimulants cardiaques et généraux soient indiqués. L'alcool et la digitale sont, en général, bien supportés à doses relativement élevées par les enfants.

Pour répondre à une autre indication, on changera, si l'on peut, l'enfant de résidence pour le mettre dans un air pur et frais, et, dans tous les cas, on peut lui donner plusieurs fois par jour un tub à la température de 32° au moins. En cas de coup de chaleur avec fièvre, on peut employer des bains beaucoup plus frais.

L. JUMON.

Traitement de la gastro-entérite chez l'enfant par la levure de bière, par P. SITTLER (*Munch. med. Woch.*, 4 septembre 1906). — L'auteur a employé la levure de bière sèche à la dose de 1 à 3 grammes par jour, suivant l'âge des enfants, qui a varié de 2 semaines à 19 mois. On commençait le traitement de la gastro-entérite par la suppression du lait, qu'on remplaçait par du thé ou de l'eau sucrée. En cas de besoin, on employait aussi des lavages de l'estomac et de l'intestin. Le résultat du traitement par la levure a été remarquable dans les entérites accompagnées de fortes fermentations du contenu intestinal. La mauvaise odeur des selles s'est améliorée en même temps que leur nombre diminuait. Quelques cas ont guéri par la simple administration de la levure. Dans d'autres cas, il a fallu administrer en même temps du calomel, puis des astringents. Jamais la diarrhée ne s'est aggravée et il n'est pas survenu de phénomènes accessoires, de sorte qu'on peut recommander la levure dans les entérites graves, rebelles, aussi bien que dans les entérites légères. La faible réaction acide du contenu intestinal dans l'entérite favorise l'action de la levure.

L. JUMON.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

L'arhovine par FRANK *Berl. Klin. Wochenschrift*, 30 juillet 1906). — Ce produit est un composé de diphénylamine et d'acide thymylbenzoïque éthérifié : c'est un liquide d'odeur aromatique, un peu styptique, et qui exige l'administration en capsules. L'arhovine est insoluble dans l'eau, facilement soluble dans l'alcool, l'éther, etc. L'élimination par les urines se fait probablement sous forme d'acide phénylhippurique et d'acide thymolglycuronique. Une urine contenant ces deux acides exerce une action faiblement bactéricide sur les staphyloccus et les streptocoques, et fortement bactéricide sur les gonocoques.

L'arhovine ne provoque jamais de troubles stomacaux et présente sous ce rapport

de grands avantages sur les balsamiques : comme eux, elle ne doit du reste être considérée que comme un adjuvant du traitement local de la blennorrhagie.

On peut donner sans inconvénient, jusqu'à 12 capsules par jour (chaque capsule contient 0 gr. 25 de principe actif).

E. Vogt.

Le radium au point de vue physiologique et thérapeutique, par H. Dominici (*Presse méd.*, 4 août 1906). — L'auteur fait une étude d'ensemble sur les propriétés du radium, moins pour en déterminer les applications particulières que pour faire connaître les lois générales de son mode d'action et faire pressentir les diverses voies dans lesquelles des recherches ultérieures pourront être engagées.

Les travaux publiés jusqu'ici manquent, évidemment, de systématisation et leurs auteurs négligent trop souvent d'indiquer les conditions dans lesquelles ils ont opéré, avec la rigueur scientifique nécessaire pour qu'on puisse trouver un point de comparaison entre leurs résultats.

On n'a connu du radium tout d'abord que les singuliers effets de brûlures superficielles à longue échéance qu'il produisait lorsqu'il était placé au voisinage de la peau, même à travers les vêtements, comme M. Becquerel et M. Curie lui-même en firent sur eux la cruelle expérience. Il est donc doué d'une action sur la nutrition intime des tissus, action qui peut aller jusqu'à la névrose véritable, mais qui se manifeste avec une lenteur tout à fait singulière puisque deux ou trois semaines peuvent séparer l'application du radium de l'apparition de ses premiers résultats. On connaît enfin l'action générale d'inhibition qu'il possède sur les tissus nerveux.

Jusqu'ici, il n'a été employé que comme sédatif dans les névralgies périphériques et comme caustique ou résolutif sur les épithéliomas, sans beaucoup de méthode, du reste. Ajoutons-y des essais d'atténuation de la virulence des cultures microbiennes dans le laboratoire et ce sera à peu près tout.

M. Dominici montre qu'il importe tout d'abord de tenir compte de la complexité des radiations émises par le radium : celles-ci sont de deux sortes : rayons α constitués par des particules matérielles chargées de l'électricité positive, rayons β qui n'en diffèrent que parce que leur électricité est négative, les uns et les autres possédant une vitesse d'émanation considérable, mais un faible pouvoir pénétrant, enfin les rayons γ, très analogues aux rayons X et doués d'un grand pouvoir de pénétration. Dans la pratique, il est aisé de supprimer l'action des rayons α en interposant devant la source radiante un écran d'aluminium de 1/200 de millimètre d'épaisseur : on aura l'action seule des rayons γ en interposant une lame de plomb de 2 centimètres et demi d'épaisseur. Il serait donc très important d'expérimenter ces rayons séparément et il faudrait que les auteurs des précédentes recherches fissent connaître quel est le rôle de chacun d'eux dans les résultats qu'ils ont obtenus.

Il existe, en outre, tout un champ d'explorations, encore vierge dans cet ordre de recherches. Une des plus curieuses propriétés du radium, c'est de dégager une émanation dont la nature physique est encore très obscure, mais qui se comporte à la façon des gaz, puisqu'on peut la capter en vase clos, la comprimer et qu'elle obéit à la loi de Mariotte. Cette émanation, par elle-même, ne dégage que quelques rayons α mais elle possède la propriété singulière de conférer aux corps avec lesquels elle est en contact les mêmes propriétés que possède le radium lui-même, y compris le pouvoir de dégager les trois sortes de rayons α, β et γ, c'est ce qu'on appelle la radio-activité induite : elle peut se transmettre à l'air, à l'eau, aux pommades, aux métaux, etc., mais n'a qu'une durée temporaire, car, au bout de 28 minutes, elle est déjà décru de moitié et disparaît graduellement selon une progression qui correspond à celle du carré des nombres. L'intensité de cette radio-activité est constamment mesurable au moyen de l'électroscope.

Dans les recherches qu'il importe d'entreprendre désormais sur l'emploi de l'air radio-actif en inhalations, d'eau radio-active, de pommade, etc., il importe que les auteurs nous fassent connaître avec précision le pouvoir radiant dont disposent les substances qu'ils ont employées comme « support ».

En résumé, il est temps que la radiumthérapie entre dans une voie véritablement scientifique qui sera certainement féconde, et qu'on ne se contente plus d'apporter des observations empiriques dans lesquelles on ne fait connaître aucun dosage de l'agent employé et souvent même aucune indication sur la distance séparant la source radio-active de l'objet irradié.

R. Blondel.

Action physiologique et thérapeutique des courants de haute fréquence, par James Riddel (*Glasgow med. J.*, août 1906). — L'auteur étudie successivement l'action des courants de haute fréquence sur la circulation, la respiration, la production de la chaleur animale, sur l'excrétion urinaire et les microorganismes, et tire ces conclusions que ces courants ont une action calmante, modifient la nutrition générale, augmentent l'énergie respiratoire et l'hématose, rétablissent un rapport normal entre l'acide urique et l'urée, et augmentent beaucoup la production de la chaleur.

Parmi les affections où ces courants trouvent leur emploi, l'auteur cite d'abord le rhumatisme chronique, et cite plusieurs cas de grande amélioration. Dans le diabète, ces courants ne paraissent guère donner de résultat.

La plupart des formes de névrite se trouvent bien des courants de haute fréquence, notamment la sciatique, la névralgie et le lumbago aigu. Dans la névralgie, les résultats sont bons, sauf dans des cas extrêmement graves, ayant duré déjà longtemps. La guérison est la règle dans les cas légers.

Dans la neurasthénie, et notamment dans l'insomnie qui l'accompagne si souvent, cette forme d'électricité donne souvent de bons résultats.

L'auteur mentionne encore les cas de mauvaise nutrition chez les enfants, lorsque ceux-ci restent délicats, malgré une alimentation bien dirigée.

Parmi les affections externes qui peuvent retirer un certain bénéfice des courants de haute fréquence, l'auteur cite le lupus érythémateux, les ulcères variqueux et les hémorrhoïdes. Pour le lupus érythémateux, les courants sont certainement la meilleure forme de traitement électrique. Quant à l'action stimulante des applications locales sur les ulcères, elle est très marquée.

L. Jumon.

L'aimant à pôle intérieur, par Félix Jurnitschek (*Karger, Berlin*). — Après les différents aimants géants (Haab, Volkmann), Klingelfuss présente dans ce travail une nouvelle application des lois bien connues de l'électricité : un aimant circulaire, assez grand pour y introduire la tête et de puissance suffisante (alimentée par une source d'énergie constante) est placé sur un pied.

L'œil est amené le plus près possible du pôle magnétique intérieur, et à l'aide de différentes masses métalliques, que leur position aimante également, ou obtint la traction et l'extraction du corps métallique intra-oculaire. C'est une application utile des solénoïdes. L'avenir promet des perfectionnements multiples, et l'extraction du corps étranger parvenu dans la chambre intérieure se pratiquerait même sans le petit aimant d'Hischberg.

A. Darier.

Etude sur le vasogène au mercure, par le docteur E. Wattez (Thèse présentée à la Faculté de médecine de Paris, juin 1906). — Le vasogène au Hg nous a toujours paru :

1° D'un rendement égal et souvent supérieur à l'onguent napolitain pris comme terme de comparaison ;

2° Il est moins sale que l'onguent napolitain ;

3° Il n'a pas présenté les inconvénients survenus avec l'onguent napolitain, savoir: deux cas d'hydrargyrie, un cas de stomatite et deux ulcérations de la muqueuse buccale ;

4° Il ne s'altère pas ;

5° La dose de 4 grammes de vasogène au Hg à 50 0/0 est une dose moyenne suffisante pour un adulte ;

6° La durée du traitement sera en moyenne de vingt et un jours avec une friction quotidienne.

Les indications de la médication sont les mêmes que celles de l'onguent napolitain, et nous nous permettons de les rappeler ici:

1° Cas graves ;

2° Cas à manifestations rebelles ou habituellement réfractaires aux autres médicaments ;

3° Chez des sujets présentant un mauvais état gastrique ;

4° Quand il y a indications de céder la voie gastrique à d'autres remèdes (l'iodure de potassium, par exemple) ;

5° Chez les nourrissons ou les tout jeunes enfants (dont ce sera le salut) ;

6° Enfin, et nous insistons sur ce point, le médecin pourrait, sans vouloir toujours faire de cette médication un traitement de longue durée, engager ses malades à faire au moins une ou deux cures au début de leurs accidents ; à l'hôpital, cela est facile ; dans la clientèle civile, ne pourrait-on pas, en montrant aux malades le bénéfice qu'ils retireraient, dans le présent et dans l'avenir, de ce traitement, les faire passer outre aux petits désagréments qu'il comporte ?

A. Darier.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Congrès national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille (du 7 a u13 octobre). — Ce Congrès est organisé sous le haut patronage de la Ville de Marseille, du département des Bouches-du-Rhône et de l'Etat, de M. le commissaire général et de l'Administration de l'Exposition coloniale par le Conseil départemental d'hygiène et avec la collaboration de la Commission d'hygiène de l'Exposition coloniale et des commissions sanitaires.

Le but que se proposent ses organisateurs est de faire appel à toutes les compétences pour rechercher en commun les meilleures méthodes de vulgarisation et d'application des principes d'hygiène publique, consacrés par la science moderne, et nécessaires au dévelpopement matériel et social des nations. Les colonies et la métropole sont solidairement intéressées à la question, car si les explorateurs, les troupes coloniales, les colons, en un mot tous les coloniaux, doivent, pour résister aux intempéries et aux dangers, se conformer rigoureusement aux lois de l'hygiène, c'est également de leur état sanitaire que dépend directement, par les échanges commerciaux de toute nature, celui de la métropole.

Programme des travaux : 1re section « Technologie sanitaire et hygiène urbaine. 1° Alimentaion des viles en eaux potables. — A) Eau de source. Rapporteur, M. Marboutin. — B) Traitement, filtration et stérilisation des eaux : R. M. Imbeaux. — 2° Evacuation et traitement des eaux et résidus dans les petites agglomérations rurales : R. M. Launay. — 3° Nettoiement de la voie publique. Traitement et utilisation des ordures ménagères : MM. Tur et Vincey. — 5° Salubrité de l'habitation : Aménagement intérieur. Orientation : M. Juillat. — 6° Chauffage et ventilation : M. Hoc. — 7° Eclairage, chauffage, aération et désinfection des véhicules servant au transport en commun, MM. Roussy et Fayol.

Deuxième section. (Hygiène industrielle, pprofessionnelle et militaire. Hygiène sociale). — 1° Législation et réglementation du travail : M. Leclerc de Pulligny. — 2° Habitaions à bon marché, M. Siegfried. — 3° Logements insalubres. Les taudis. Surpeuplement des logements. M. Cheysson. — 4° Hygiène des hôtels et des garnis, M. Torel. — 5° Empoisonnements professionnels, M. Domergue. — 6° Hygiène dans les hôpitaux et les écoles, MM. Queirel et Lacau. — 7° Hygiène dans les casernes, les bivouacs et les campements en campagne. Alimentation en eaux potables des troupes en campagne, Hospitalisation extemporanée pour les troupes en campagne, M. Very. — 8° Bains-douches ; Bains publics, M. Cazalet. — Cimetières, crémation, M. Lejourdan.

Troisième section. (Hygiène navale et coloniale). — 1° Transport en commun. Police, sanitaire internationale. Logement des passagers et de l'équipage à bord des navires. — Ventilation des navires. M. Reynaud. — 2° Alimentation des passagers et de l'équipage. Travail à bord. Eaux potables : M. Torel. — 3° Désinfection des navires. Isolement des malades : M. Loir. — 4° Les œuvres de mer : M. Grandral. — 5° Hygiène des émigrants : M. Torel. — 6° Précautions à prendre pour les expéditions et explorations en Extrême-Orient et les régions équatoriales de l'Afrique : M. Jacob de Cordemoy. — 7° La convention internationale de 1903 : M. Torel.

Quatrième section (Epidémiologie. Prophylaxie des maladies transmissibles. — Hygiène infantile). — 1° Epidémiologie et

prophylaxie générale. Les trypanosomes : M. Bilet. L'agent de la fièvre jaune : M. Billet. Peste et choléra : M. Gautier. Déclaration obligatoire et ses résultats : M. Livon. Dispensaires anti-tuberculeux. Traitements prophylactiques et luttes anti-tuberculeuses, sanatoriums coloniaux : M. Raymond. — 4° Rôle de la mutualité dans la lutte contre la tuberculose et la mortalité infantile. M. Furster. — 5° Hygiène de l'enfance : lutte contre la mortalité infantile : M. d'Astros. Stations rurales pour enfants. Crèches. Gouttes de Lait : M. Cassoute.

Cinquième section (Hygiène administrative). Législation sanitaire. Démographie. Loi du 15 février 1902). M. A. J. Martin. — 2° Les règlements sanitaires municipaux. — M. Bluzet. Conseils départementaux d'hygiène. M. Queirel. L'enseignement de l'hygiène. MM. Courmont et de Montricher. Contrôle des eaux minérales : M. Domergue. Contrôle des substances alimentaires. Conserves alimentaires, les récipients : M. Domergue. — Etudes démographiques. Mouvement comparé de la population en France par départements et villes : M. De Montricher. Mouvement comparé par la population en France et à l'étranger : M. Bertillon.

Sections réunies. Les questions à discuter seront désignées ultérieurement en séances générales. Conférences et visites. Les conférences générales seront données au nombre de 2 ou 3 le soir, au théâtre, à la Faculté des sciences ou à la bibliothèque de la ville par les sommités scientifiques. Les visites et excursions comporteront entre autres : Visite au grand émissaire, au château de Longchamp et au bassin des eau xd'alimentation, au Lazaret du Frioul, Institut Pasteur, Institut vaccinogène. Excursions sur le canal de Marseille prise sur la Durance, bassin de Saint-Christophe, Pont de Roquefavour. Excursions aux exploitations et au traitement des ordures ménagères de la Crau. Pour tous renseignements, s'adresser à M. H. de Montricher, secrétaire général, 7, rue Grignon, Marseille.

Enseignement supérieur libre. — L'école dentaire française, reconnue et autorisée par décret ministériel en date du 23 novembre 1896, est située au 29 du boulevard Saint-Martin et 36 rue Meslay.

La rentrée est fixée par l'Académie au 15 octobre. Le registre officiel est ouvert du 14 octobre au 15 novembre. L'Ecole reçoit, outre les élèves visant le diplôme de l'Etat, des élèves libres, français ou étrangers, qui peuvent s'inscrire à toute époque de l'année. Un accueil distingué est réservé aux docteurs en médecine qui, désirant se spécialiser en art dentaire, voudraient se faire inscrire pour un temps facultatif.

La photographie des couleurs (*Académie des Sciences de Paris* (30 juillet). — M. Lippmann a communiqué un nouveau « Procédé de photographie des couleurs fondé sur la dispersion prismatique ».

Voici en quoi consiste le principe de ce nouveau système.

M. Lippmann se sert d'une « trame » formée de traits transparents très fins et très rapprochés (5 au millimètre), qui reçoit l'image colorée ou la vue naturelle à reproduire. Cette image est projetée sur une plaque photographique contenue dans un appareil analogue à un appareil d'agrandissement. La plaque, une fois impressionnée, est développée à la manière ordinaire, puis replacée dans l'appareil. Si on l'éclaire alors à la lumière blanche, on la voit, par transparence, à travers la trame, reproduire les couleurs naturelles du sujet ou de la vue qu'elle représente.

Ce résultat est obtenu par une double décomposition des rayons lumineux dus à la dispersion prismatique, produite par la trame, d'abord en couleurs complémentaires (ou négatives), puis inversement en couleurs réelles (ou positives).

Evidemment, il ne s'agit pas encore là de l'obtention d'épreuves, sur papier ou sur verre, colorées d'une manière fixe, puisque, pour juger de l'effet produit, il faut examiner le cliché par transparence et disposé dans des conditions spéciales, à l'intérieur d'un appareil.

Il n'en est pas moins certain que le nouveau procédé de M. Lippmann, qui n'exige aucune opération compliquée, est un progrès nouveau et très appréciable vers la solution définitive du problème de la photographie des couleurs.

Paris. — G. Camproger, 52, r. de Provence. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

3e Congrès International pour la répression de la traite des blanches. (Paris, 22-25 octobre 1906). — Ce Congrès, sous le Patronage de M. Armand FALLIÈRES, Président de la République et avec le concours, comme présidents d'honneur, de M. le ministre des affaires étrangères et de M. le ministre de l'intérieur, doit se réunir à Paris du 22 au 25 octobre 1906.

Il se propose de réunir les délégués des comités constitués aux représentants des gouvernements et des aministrations publiques et aux personnalités philanthropiques que préoccupent les questions sociales.

Conformément aux décisions de la Conférence Internationale tenue à Paris les 15 et 16 novembre 1905, le Congrès aura à délibérer sur les questions suivantes :

1re *Question.* — Utilité d'une entente à établir entre les divers Comités nationaux par la communication réciproque des poursuites engagées et des condamnations prononcées pour faits de traite. Rapports entre les Comités nationaux et les autorités chargées par les Gouvernements de centraliser tous les renseignements sur la Traite des Blanches. Rapporteur : le Comité allemand.

2e *Question.* — Création dans les villes frontières et dans les ports de mer de Comités locaux ayant autant que possible des bureaux d'informations. Echange réciproque des listes de ces Comités et de ces Bureaux. — Echange entre les divers Comités nationaux des extraits des procès-verbaux de leurs séances, pour autant du moins que ceux-ci offrent un intérêt général. Création d'un Bureau International d'informations. Rapporteur : Le Comité Suisse.

3e *Question.* — Surveillance, dans chaque pays, des gares de chemins de fer et des ports de mer. Rapporteur : Le Comité Français.

4e *Question.* — Etablissement et rédaction d'un Code télégraphique pour les correspondances à échanger entre les Comités nationaux. Rapporteur : Le Comité Argentin.

5e *Question.* — Interdiction de la délivrance aux mineurs des correspondances adressées poste restante. Rapporteur : Le Comité Belge.

6e *Question.* — Surveillance des agences théâtrales et des cafés-concerts ou des établissements analogues, dans leurs rapports avec la Traite des Blanches. Rapporteur : Le Comité Italien.

7e *Question.* — Rapatriement des prostituées fixées dans un autre pays que le leur. Rapporteur : Le Comité Hollandais.

Les délibérations auront lieu en français ; toutefois, les membres étrangers seront autorisés à parler dans leur langue maternelle, un résumé de leurs discours en langue française sera communiqué au Congrès.

Les adhésions au Congrès doivent être envoyées à M. Loys Brueyre, trésorier de l'Association française, 10, rue Pasquier, Paris (8e arr.).

Association française de chirurgie (19e Congrès, 1-6 octobre 1906). — Le Congrès s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 1er octobre 1906, sous la présidence de M. Montprofit, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, chirurgien de l'hôtel-Dieu d'Angers.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Chirurgie des gros troncs nerveux :* rapporteurs : MM. Lejars et Morestin, de Paris). — 2° *Ectopie testiculaire et ses complications ;* rapporteurs :MM. Souligoux (Paris) et Villard (Lyon). — 3° *Voies et moyens d'accès dans le thorax au point de vue opératoire,* par MM. Willems (Gand) et Loison (agrégé au Val-de-Grâce).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 30 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le Dr WALTHER, *secrétaire général,* 68, rue de Bellechasse, Paris. Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine. Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

Association française d'urologie. — La dixième session de l'Association française d'urologie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 4 au 6 octobre 1906, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante : « Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose », rapporteurs : MM. Pierre Duval et Grégoire (de Paris).

Les membres de l'Association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement
Par le Dr **F. Lagrange**.
volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 vol. in-8° ..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par Allyre CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
vol. grand, in-8° avec gravures ..... 10 fr.

LES TUMEURS DE L'ENCÉPHALE
(MANIFESTATIONS ET CHIRURGIE)
Par le Dr H. DURET
Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de Lille
Un fort vol. gr. in-8 de 800 pages, avec 297 fig. dans le texte ..... 20 fr

TRAVAUX ORIGINAUX

LA THÉRAPIE SPÉCIFIQUE DE LA TUBERCULOSE

par le Professeur MARAGLIANO

Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Gênes (1)

(*Suite*)

Le hasard nous a permis de traiter et de guérir, avec la bactériolysine, un singe tuberculeux qui appartenait à une ménagerie. L'animal, qui avait de la fièvre, qui a maigri et qui toussait, présentait toutes les marques d'une tuberculose pulmonaire destructive. La fièvre est tombée, la toux a cessé, le poids qui, au début du traitement, était de 5 kilogr., après quarante-cinq jours avait augmenté de 1 kil. 1/2; augmentation bien considérable vu le poids initial. Abattu au bout de cinq mois, l'autopsie démontra les traces d'une tuberculose guérie.

Des fragments de poumon, des plèvres et des ganglions mésentériques ayant été injectés au cobaye, aucune tuberculose ne se développa. D'autres singes, depuis lors, infectés de tuberculose et traités ensuite par la bactériolysine sont guéris, tandis que les témoins sont morts. Je vous signale comme particulièrement intéressantes, les expériences sur le traitement de tuberculoses locales : Marzagalli, mon chef de laboratoire, après avoir, chez des cobayes, inoculé la tuberculose à l'aine, traita ces animaux à des périodes plus ou moins avancées de l'infection. Il a eu des résultats très démonstratifs au moyen des traitements précoces ; plus tard, quand la tuberculose était en voie d'évolution, on avait des améliorations, mais pas de guérison. Mon assistant Ghédini a produit expérimentalement, chez les lapins, une tuberculose auriculaire ; en appliquant ensuite le traitement local avec les injections de bactériolysine, les résultats ont été frappants. Tandis que chez les lapins témoins la tuberculose a évolué comme d'habitude, elle a été enrayée chez les lapins traités, l'examen local des tissus a démontré l'arrêt complet, la régression et la guérison des foyers tuberculeux.

J'ai donc des données thérapeutiques bien importantes pour les animuax ; pourtant elles ne m'enthousiasment pas : je tiens plus aux résultats obtenus sur mes malades !

Je commencerai donc par les tuberculoses locales, où le problème thérapeutique se présente d'une façon plus simple.

(1) *La Thérapie spécifique de la tuberculose par le Professeur Maragliano.*

Une série de sujets présentant des infections tuberculeuses des os et des articulations ont suivi le traitement avec l'injection de bactériolysine dans les foyers morbides. Les résultats ont été aussi frappants, au point de vue des conditions locales et générales.

On a traité aussi directement avec la bactériolysine des lymphadénites tuberculeuses, aussi avec de bons résultats.

Dans la tuberculose des séreuses (péritoine et plèvre), la question se présente déjà plus compliquée, quoiqu'il s'agît encore de tuberculose pure. Le facteur organique prête ordinairement un concours très limité : pourtant, le traitement spécifique donne de bons résultats.

L'injection directe de bactériolysine dans le péritoine et dans la plèvre donne ordinairement des résultats très bons ; après quelques jours, on voit la fièvre tomber progressivement, les exsudations disparaître, les forces se relever, et l'on obtient bien souvent la guérison.

Dans la tuberculose du poumon, le problème est beaucoup plus compliqué, car il s'agit d'une tuberculose ouverte.

Et maintenant je vous dirai tout ce que j'ai observé en quatorze ans chez les malades de tuberculose pulmonaire.

Les applications thérapeutiques ont été faites d'abord avec mon *antitoxine*. Aujourd'hui je me sers de la bactériolysine, qui contient en plus grande quantité les anticorps et qui est plus active.

Je l'ai essayée dans toutes les formes de maladies pulmonaires d'origine tuberculeuse, en commençant par les plus simples, pour arriver aux plus graves. J'ai vu d'abord qu'on peut obtenir des guérisons complètes et durables dans ces tuberculoses du poumon chez lesquelles, ce quej'ai appelé le second et le troisième rempart de défense est encore intact, c'est-à-dire dans le cas où le tissu pulmonaire empêche le foyer morbide de s'élargir, et l'organisme n'est pas encore entré dans le cycle morbide ; ceux, enfin, chez lesquels la tuberculose est nettement localisée, sans aucun phénomène de toxhémie.

Les succès dont je parle sont et doivent être naturellement caractérisés par la *restitutio ad integrum*, c'est-à-dire par la disparition durable de tous les phénomènes morbides généraux et locaux ; il ne faut point donner de l'importance à ces matités provenant des foyers de sclérose, et qui ne sont accompagnées ni de râles, ni d'autres phénomènes actifs.

Mais, devant ces guérisons, il y a l'éternelle objection des sceptiques qui les rattachent à la guérison spontanée et pas au traitement employé.

Oui, une guérison spontanée est toujours possible, et l'objection, au point de vue théorique, est parfaitement fondée. Malheureusement la guérison spontanée n'est point la règle.

Voyons maintenant ce qui arrive dans les organismes dont le deuxième rempart a été vaincu et chez lesquels l'infection envahit de proche en proche le poumon, et dans ceux encore qui, battus ainsi au troisième rempart de défense, sont envahis par l'infection et l'intoxication.

On peut aussi, parmi ces malades, compter quelques bénéfices. Ces béné-

fices ne sont pas proportionnés à l'extension des lésions locales, mais aux conditions de résistance personnelle. Le résultat dépend de l'activité que l'organisme est capable de développer grâce à l'intervention des moyens spécifiques.

Ainsi, il y a des malades chez qui l'on peut arriver à enrayer encore complètement ou partiellement les phénomènes morbides qui sont en relation (bien entendu) avec l'infection et l'intoxication tuberculeuse.

Les phénomènes de toxhémie sont ceux qu'on arrive le plus facilement à vaincre.

Si la fièvre est due à l'intoxication tuberculeuse, on la voit disparaître. Mais le retour à la température normale s'accomplit peu à peu ; on y arrive par dixième de degré.

Les sueurs, les phénomènes dystrophiques disparaissent aussi, tandis que les phénomènes morbides du poumon sont les plus rebelles. Les foyers récents ressentent plus que les anciens un traitement. Bien des fois, pourtant, il arrive qu'avec les marques d'une excellente santé générale, les symptômes de foyers persistent.

Cette persistance est souvent due à d'autres microbes qui maintiennent actifs les foyers broncho-pneumoniques ; on y trouve des diplocoques, des streptocoques, des staphylocoques.

Il y a aussi des bacilles de Koch qui leur ont préparé le terrain ; mais tandis que les autres tissus de l'organisme donnent leur concours à la réaction curative, on doit retenir que le tissu pulmonaire profondément troublé dans sa nutrition n'est plus capable de donner le sien.

En somme, on peut arriver, chez ces pulmonaires, à obtenir des bénéfices, mais seulement au détail. Il y a comme une sélection dans l'action de ces moyens : peut-être ils arrivent à vaincre les phénomènes qui dérivent de la tuberculose à elle seule ; naturellement ils sont impuissants contre les conséquences des autres sources d'infection et d'intoxication.

Et il ne faut pas oublier aussi les conséquences d'une autre source d'intoxication, c'est-à-dire les substances qui proviennent des éléments des tissus, lesquels, comme conséquence de ces intoxications microbiennes multiples, entrent en nécrobiose. On peut parvenir aussi, quelquefois, à des guérisons complètes et durables chez des malades avancés ; ce sont alors des malades chez qui, peut-être, la tuberculose était elle seule coupable de tous les phénomènes morbides, et chez lesquels l'action des moyens spécifiques réussit à maîtriser la situation. En pareils cas, on voit toujours, avec l'amélioration progressive, paraître et augmenter progressivement dans le sang les matériaux de défense. Des cas aussi heureux, naturellement, ne sont pas fréquents : ce sont des cas pour lesquels les médecins raisonnables n'ont le droit ni de prétendre, ni de demander des guérisons et des succès.

Dans ces derniers temps j'ai commencé à porter directement la bactériolysine dans les foyers morbides du poumon. L'injection est faite directement à travers les parois thoraciques, on pénètre dans le poumon au point où l'examen physique, et mieux l'examen radioscopique, démontre le foyer. La manœuvre est complètement innocente ; les résultats ont été, dans plusieurs cas, frappants. Et la chose est très logique.

Je l'ai appliquée dans des cas, chez lesquels l'injection de la bactériolysine sous

la peau, ou son introduction par les voies digestives, n'avaient pas réussi à maîtriser les foyers pulmonaires, malgré l'action favorable déployée contre les phénomènes toxhémiques et dystrophiques.

Quelle que soit la voie qu'on choisit pour introduire la bactériolysine dans l'organisme, je peux vous assurer qu'elle est absolument innocente. Ces moyens ont une expérience désormais déjà longue, et ni dans mes mains, ni dans les mains des nombreux médecins qui les ont employés, n'ont jamais donné aucun accident fâcheux. Si on l'use sous la forme de sérum en injection, on n'a rien de plus de tout ce qu'on peut avoir, à ce point de vue, de tous les sérums qu'on emploie dans les différentes maladies infectieuses.

Voilà mes statistiques :

De 1895 à 1900 : 643 cas.

Lésions destructives avec cavernes : 93. — Guéris 1 ; améliorés 41 ; stationnaires 34 ; morts 17.

Lésions destructives sans cavernes : 85. — Guéris 9 ; améliorés 45 ; stationnaires 21 ; morts 7.

Lésions diffuses avec fièvre : 104. — Guéris 7 ; améliorés 55 ; stationnaires 32 ; morts 10.

Lésions diffuses sans fièvre : 96. — Guéris 4 ; améliorés 60 ; stationnaires 22 ; mort 0.

Lésions circonscrites avec fièvre : 108. — Guéris 40 ; améliorés 68 ; stationnaires 10 ; mort 0.

Lésions circonscrites sans fièvre : 167. — Guéris 112 ; améliorés 45 ; stationnaires 10 ; mort 0.

De 1900 à 1905 : 521 cas.

Lésions destructives et cavernes : 69. — Guéris 2 ; améliorés 29 ; stationnaires 23 ; empirés 8 ; morts 7.

Lésions destructives sans cavernes : 79. — Guéris 8 ; améliorés 34 ; stationnaires 26 ; empirés 9 ; morts 2.

Broncho-pneumonies diffuses et fièvre : 102. — Guéris 12 ; améliorés 64 ; stationnaires 24 ; empirés 2 ; mort 0.

Broncho-pneumonies diffuses sans fièvre : 105. — Guéris 22 ; améliorés 65 ; stationnaires 18 ; empiré 0 ; mort 0.

Broncho-pneumonies circonscrites avec fièvre : 83. — Guéris 28 ; améliorés 50 ; stationnaires 5 ; empiré 0 ; mort 0.

Brocho-pneumonies circonscrites sans fièvre : 83. — Guéris 33 ; améliorés 46 ; stationnaires 2 ; empiré 0 ; mort 0.

TRAITEMENT DE L'AUTO-INTOXICATION INTESTINALE

Introduction de microbes antagonistes pour combattre la putréfaction azotée de l'intestin.

Par le Docteur A. Combe

Professeur de Chirurgie infantile à l'Université de Lausanne (1)

Rappelons que le caractère principal de la flore intestinale des auto-intoxiqués est la diminution considérable des bacilles aérobies saccharolytes et l'apparition d'une quantité énorme de bacilles anaérobies protéolytes, qui sont les ouvriers inlassables de la putréfaction azotée.

Nous avons vu que les régimes végétarien et lacto-farineux, grâce à la quantité minime d'azote qu'ils contiennent, grâce à l'acide lactique qu'ils produisent, étaient des moyens puissants pour modifier le bouillon de culture intestinal par trop favorable aux microbes protéolytes.

Mais nous pouvons encore modifier ce bouillon de culture intestinal d'une autre manière, en y introduisant d'autres microbes, qui, tout en étant inoffensifs par eux-mêmes, soit par leur présence propre, soit par celle de leurs sécrétions, soient cependant à même de nuire aux microbes anaérobies de la putréfaction.

Les microbes protéolytiques anaérobies rencontrent en effet des ennemis redoutables dans d'autres microbes, notamment, comme nous l'avons vu, dans ceux qui provoquent la fermentation des sucres et produisent de l'acide lactique.

N'y aurait-il donc pas moyen d'acclimater ces microbes lactiques dans notre tube digestif pour combattre avec leur aide la putréfaction intestinale.

Sans doute il ne suffit pas de trouver le microbe inoffensif et antagoniste, il faut encore qu'il soit capable de vivre dans les intestins de l'homme.

Nous savons en effet par la bactériologie que beaucoup de microbes, ingérés même en très grande quantité et à reprises réitérées, périssent dans l'intestin de l'homme et des animaux.

Ainsi, comme le fait remarquer Metchnikoff, le vibrion cholérique, cet agent si redoutable du choléra asiatique, a été à plusieurs reprises impunément ingéré par diverses personnes. Sa destruction était si complète qu'il a été impossible de le retrouver dans les fèces.

Ce même fait a été observé pour d'autres microbes encore, celui du tétanos par exemple, comme nous l'avons déjà vu.

On le voit, cette méthode ne peut être utilisée avec quelque chance de succès que lorsqu'on pourra :

(1) Extrait du livre l'*Auto-intoxication intestinale*, par le Professeur Combe (1 vol. in-18 de 568 pages, vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs, à Paris, 19, rue Hautefeuille)

1° RECONNAITRE LA FLORE INTESTINALE PROTÉOLYTE COMME CAUSE DE LA MALADIE AUTOTOXIQUE ;

2° TROUVER ET INTRODUIRE DANS L'INTESTIN UNE CULTURE DE MICROBES LACTIQUES, ANTAGONISTES DES MICROBES PROTÉOLYTES DE LA PUTRÉFACTION MAIS INOFFENSIFS POUR L'HOMME ET CAPABLES DE VIVRE DANS SON TUBE DIGESTIF.

On a fait de nombreux essais dirigés :

a) Soit contre certains microbes causant des infections spécifiques ;

b) Soit contre les microbes protéolytiques anaérobies de la putréfaction en général.

A. — INFECTION INTESTINALE PROTEOLYTE INDIVIDUALISEE

Le Dr Tissier, ce distingué bactériologue dont les études sur la flore intestinale de l'enfant font autorité et complètent celles d'Escherich, a fait de nombreux essais de cette méthode avec des résultats très favorables dans certaines infections intestinales individualisées.

Tissier vient de publier (1) une étude de ce genre, que nous résumerons rapidement, car elle fait toucher du doigt l'importance, mais aussi les difficultés cliniques et pratiques de la méthode individualisée.

Du groupe des infections intestinales aiguës à étiologie encore si confuse, Tissier s'efforce de séparer une forme spéciale par ses symptômes, sa marche et surtout par sa caractéristique bactériologique.

Il s'agit d'une infection par une espèce anaérobie stricte, le *Bacillus perfringens*, dont l'action pathogène est bien établie.

Hôte habituel de l'intestin de l'adulte, on ne le rencontre pas chez le nourrisson normal, sauf dans les tout premiers jours de la vie, avant l'expulsion du méconium et l'apparition des selles *jaune d'or* caractéristiques.

L'infection qui lui est imputable se traduit par une diarrhée verdâtre, abondante, spumeuse, en mousse de bière, avec les symptômes généraux et locaux du catarrhe aigu.

Longue (un ou deux mois) chez l'enfant nourri au sein, très grave chez le bébé élevé au biberon, cette maladie peut conduire à la mort en moins d'une semaine dans certains cas graves.

L'étude bactériologique des selles fournit des résultats particuliers : le *Bacillus bifidus*, qui forme à l'état normal le fond de la flore intestinale du nourrisson, a complètement disparu.

Par contre, les anaérobies facultatifs, coccobacilles et diplocoques, qui abondent dans toutes les diarrhées infantiles, sont ici en nombre considérable. Enfin, dans le grand nombre d'espèces anormales et variables qui s'y trouvent, le *Bacillus perfringens* a été isolé par Tissier dans tous les cas.

Les conditions biologiques du *Bacillus perfringens*, microbe à fonction protéolytique, commandent le traitement, car la médication habituelle dans les catarrhes :

(1) TISSIER. *Ann. Instit. Pasteur*, 1905.

diète hydrique, calomel, entéroclysmes, se montre toujours impuissante.

1° D'abord il faut, comme nous le conseillons nous-même, modifier le milieu de culture intestinal, en restreignant les albuminoïdes au profit des hydrates de carbone (lactose, farineux) ;

2° En second lieu, Tissier oppose au *Bacillus perfringens* une bactérie qui, inoffensive par elle-même comme par ses sécrétions et ses produits de fermentation, soit à même, en temps que ferment saccharolytique, de nuire au développement du *perfringens*, qui est protéolyte.

Tissier propose le *Bacillus acidi paralactici* de Kosaï, et il l'administre aux nourrissons à la dose quotidienne de une ou deux cuillerées à café de culture pure, et cela avec le plus grand succès.

Nous avons tenu à citer en détail l'intéressante observation de Tissier pour en faire toucher du doigt les difficultés pratiques.

Il faut d'abord, pour individualiser une infection intestinale, être bactériologue distingué ; mais cela ne suffit pas, il faut encore un bactériologue qui connaisse à fond la flore intestinale normale et pathologique.

Nous faisons faire, nous aussi, dans tous les cas de maladie digestive, l'examen microscopique et bactériologique des fèces, et nous savons quelles en sont les difficultés, car, dans la majorité des cas, on peut s'estimer heureux de savoir à peu près sûrement si la prédominance de la flore est saccharo ou protéolytique.

Ceci est suffisant pour déterminer le régime, suffisant pour déterminer le genre des microbes antagonistes, mais seul un bactériologiste de profession pourra individualiser le microbe de l'infection et lui opposer son microbe antagoniste, comme le propose Tissier dans son premier travail.

Cette méthode de traitement des infections intestinales individualisées est donc encore une méthode de laboratoire qui ne peut entrer dans la pratique générale et qui restera l'apanage de quelques savants privilégiés.

B. — *INFECTION INTESTINALE PROTÉOLYTIQUE MIXTE.*

Le plus souvent l'infection intestinale est causée par de très nombreux microbes protéolytes, sans qu'il soit possible d'y trouver une espèce prédominante ou spécifique.

Aussi, pour combattre la putréfaction azotée du gros intestin, Metchnikoff conseille-t-il d'acclimater dans notre intestin des bacilles saccharolytes inoffensifs produisant des quantités d'acide lactique *in statu nascenti*, et par conséquent très redoutables pour tous les microbes protéolytes, qui causent la putréfaction azotée de l'intestin.

CETTE ACCLIMATATION SE FAIT EN PREMIER LIEU ET TOUT A FAIT NATURELLEMENT AVEC NOTRE RÉGIME LACTO-FARINEUX, qui transforme le bouillon de culture intestinal favorable aux microbes anaérobies protéolytes en un bouillon de culture favorable aux aérobies saccharolytes.

CETTE ACCLIMATATION PEUT SE FAIRE EN SECOND LIEU PAR L'INTRODUCTION DANS NOTRE TUBE DIGESTIF DE FERMENTS LACTIQUES NATURELS. Ces ferments lactiques naturels,

nous les trouvons soit dans le lait caillé de nos pays, soit dans les laits caillés orientaux, qui nous ont été transmis par les habitudes ancestrales, comme le ferment égytien le *leben*, comme le ferment bulgare la *maya*, comme le ferment tartare, le *kéfir*, ferments qui contiennent, à côté de microbes multiples, des bactéries lactiques et même des levures.

CETTE ACCLIMATATION PEUT SE FAIRE ENFIN EN TROISIÈME LIEU EN INTRODUISANT DANS NOTRE TUBE DIGESTIF DES FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS ARTIFICIELLEMENT.

On se servira pour cela de quelques-uns de ces bacilles lactiques qui se trouvent dans les ferments naturels ; on les sélectionnera scientifiquement, on en fera des bouillons de culture qui pourront être introduits dans le tube digestif, soit purs, soit par l'intermédiaire du lait.

De là deux nouvelles méthodes pour diminuer la putréfaction azotée de l'intestin ;

1° L'introduction dans l'intestin de ferments lactiques naturels ;

2° L'introduction dans l'intestin de ferments lactiques sélectionnés.

1° Introduction dans l'intestin de ferments lactiques naturels.

Ces ferments naturels provenant de l'Orient peuvent être introduits dans le tube digestif ;

a) Soit sous forme de lait caillé oriental ;

b) Soit sous forme de cultures pures de bacilles lactiques orientaux.

Le lait caillé oriental.

Le lait caillé ordinaire, dont nous avons déjà parlé à propos des aliments à acide lactique, ne saurait être comparé au lait caillé oriental au point de vue de son action sur l'intestin, car elle est très différente.

LE LAIT CAILLÉ OCCIDENTAL. — Caillé par les méthodes ordinaires, c'est-à-dire par la présure liquide ou en poudre, ou même spontanément à l'air libre par le *Bacterium acidi lactis*, il est, comme nous l'avons vu, un excellent aliment pour combattre les putréfactions azotées ; mais il n'agit pas bactériologiquement, il agit uniquement comme aliment chimique par ses acides lactiques et succinique.

En effet, le *Bacterium lactis* qu'il contient dans le caillage spontané ne peut servir à combattre par lui-même les microbes protéolytiques.

C'est un microbe très délicat qui est facilement détruit et ne traverse jamais l'intestin, car on ne le trouve pas dans les selles : il a disparu avant d'arriver dans le côlon, sous l'influence des microbes antagonistes.

Il n'est donc pas apte, même s'il se trouve en grande quantité dans le lait caillé ingéré, à lutter lui-même contre les autres microbes de l'intestin.

LE LAIT CAILLÉ ORIENTAL. — Il n'en est plus de même du lait caillé oriental : ce n'est plus seulement un aliment, c'est un bouillon de culture contenant, il est vrai, des acides lactique et succinique, qui ont leur action antiputride propre, mais contenant surtout une quantité considérable de bacilles saccharolytes divers, parmi lesquels le *bacille de Massol*, bacilles extrêmement actifs et résistants, qui

luttent et avec succès dans tout leur trajet intestinal contre les microbes protéolytiques du gros intestin, car on les retrouve dans les selles.

Voilà ce qui constitue la différence et la supériorité du lait caillé bulgare sur le lait caillé de nos pays.

Historique. — Le lait caillé oriental entra dès les temps les plus reculés dans l'alimentation des peuples.

La Bible raconte que, lorsque Abraham vit paraître trois hommes devant lui, il leur servit pour leur faire honneur du lait caillé et non pas des plats de viande, comme l'aurait fait un habitant de l'Occident.

Nous voyons du reste les Hébreux continuer à se nourrir de lait caillé, de légumes et de fruits et ne manger que rarement de la viande.

Depuis ce temps, cette coutume s'est perpétuée dans tous les pays orientaux, où le lait caillé joue un rôle considérable dans l'alimentation.

En Egypte, l'usage de cet aliment, connu sous le nom de *leben*, remonte à la plus haute antiquité.

L'analyse bactériologique du *leben égyptien* a été faite par Rist et Khoury (1), et ils y ont trouvé cinq espèces de microbes, parmi lesquels des bactéries lactiques, qui, comme Tissier et Martelly l'ont démontré, sont des antagonistes des protéolytes et ont une action antiputride énergique.

En Grèce et à Rome, le lait caillé constituait une partie importante de la nourriture des paysans et ne manquait jamais sur les tables des citadins.

Pline raconte même que, dans les grands festins de patriciens, on n'oubliait jamais de présenter du lait caillé à la fin du repas. Ce lait caillé portait le nom d'*oxygala*.

On faisait du reste, dans l'antiquité, de véritables cures de lait de chèvre caillé, appelé *schiston*.

Nous le voyons, dès les temps anciens, chaque peuple oriental fait une consommation très grande de laits caillés coagulés et préparés avec des procédés divers.

C'est que tous ces peuples orientaux, composés dans leurs origines de pasteurs et de nomades, avaient l'esprit observateur par excellence. Or, l'observation, résultant de l'expérience accumulée de nombreuses générations, leur avait fait remarquer les effets bienfaisants obtenus avec les laits caillés.

Aussi cette réputation franchissait-elle parfois les limites où la maintenait l'usage populaire : sa renommée se propagea même dans les pays occidentaux.

L'histoire nous apprend, dit le Dr Dybowski, que, sous François Ier, la réputation du lait caillé oriental s'était propagée jusqu'en France.

Si l'on consulte en effet la biographie de ce roi, on apprend que François Ier, très affaibli, était réduit à un état de langueur qui allait s'aggravant chaque jour. Les remèdes les plus vantés avaient été essayés sans succès.

François Ier apprit alors qu'à Constantinople il existait un juif qui avait la réputation de guérir ces sortes de maladies rien qu'en faisant suivre certain régime.

François Ier donna l'ordre à son ambassadeur auprès de la Sublime Porte de

(1) Rist et Khoury, *Ann. de l'Instit. Pasteur*, 23 janvier 1902.

faire venir à Paris ce docte israélite. Celui-ci consentit, mais mit comme conditions de voyager par petites étapes et de se faire accompagner par quelques brebis.

Flanqué de quatre brebis, le juif arrive à Paris, examine François Ier et lui ordonne de manger uniquement un lait caillé, obtenu avec le lait de ses brebis, mais dont il ne voulut jamais donner la recette de fabrication.

François Ier reprit rapidement des forces, mais les brebis du juif étant venues à périr, celui-ci fit continuer au roi la cure avec du lait d'ânesse.

De nos jours, l'usage du lait caillé existe encore dans tous les pays de l'Afrique. Les tribus nomades de l'Algérie et de la Tunisie ont une prédilection marquée pour le lait caillé, ou *rayet*.

C'est aussi la nourriture principale de l'Arabe.

Il en est de même en Orient, où tous les peuples ont conservé religieusement la tradition de l'action bienfaisante du lait caillé.

Le plus connu et le mieux étudié des laits caillés orientaux est le lait caillé bulgare.

Le lait caillé bulgare ou yoghourt. — Dans toute la Turquie, en Europe et en Asie-Mineure, en Grèce et dans le Monténégro, en Serbie, en Roumanie, et Bulgarie, on se sert d'un lait caillé spécial, le *yoghourt*.

On le mange soit *nature*, soit avec un peu de sel ou de sucre, soit *mélangé avec des aliments variés :* avec le riz ou pilaff, avec des fruits comme les fraises, avec les légumes comme les aubergines ou les courges.

Le yoghourt est préparé avec un ferment particulier appelé la *maya*, qui a des propriétés spéciales. Cette maya s'est transmise et conservée des temps les plus reculés par ensemencements successifs.

Les Orientaux, en effet, ensemencent leur lait du jour avec un peu de yoghourt de la veille et transmettent ainsi la culture intacte.

Composition chimique du yoghourt. — Le yoghourt est du lait réduit de moitié qui contient, d'après Olaf Jensen :

	P. 100.
Caséine	7,10
Graisse	7,20
Lactose	8,3 à 9,4
Acide lactique	0,80
Alcool	0,02

Une assez notable quantité de caséine, environ 38 p. 100, a été solubilisée et transformée en albumoses et en peptones (Fouard), ce qui montre que, dans le yoghourt, les matières albuminoïdes ne sont pas moins préparées pour la digestion que dans le kéfir.

Le phosphate de chaux enfin, qui constitue la majeure partie des substances minérales du lait, a été de même solubilisé pendant la fermentation dans la proportion de 68 p. 100.

Toutes ces données montrent quel aliment précieux et facilement digestible est le lait caillé bulgare.

Composition bactériologique de la maya. — Le ferment bulgare qui sert à pré-

parer le *yoghourt*, et que nous nommons la *maya bulgare*, s'appelle en bulgare *Podkwassa*.

Le Dr Grigoroff a étudié la maya au point de vue bactériologique dans le laboratoire du professeur Massol (1) (de Genève), et il y a trouvé, à côté de multitudes d'autres espèces microbiennes, trois microbes lactiques spéciaux aérobies et anaérobies facultatifs.

1. Le bacille bulgare ou de Massol. — C'est un long bâtonnet, ne paraissant pas être mobile, se montrant ou isolé, ou disposé en séries linéaires.

Il se colore avec les couleurs d'aniline basiques et reste coloré par le Gram.

Il pousse avec activité dans les milieux sucrés et fait fermenter activement la glycose, la lactose, la saccharose et la mannite.

Semé sur du lait stérilisé, il le coagule en douze heures à 37°. Cette coagulation est due à la formation d'acide lactique, car il ne sécrète pas de présure.

La température de 45° paraît être sa température d'élection. Il résiste encore à 50°, mais son activité diminue. A 60°, il est tué en une demi-heure.

Ce bacille est le ferment lactique le plus énergique que l'on connaisse.

2. Un diplocoque. — On rencontre en effet dans le lait aigri des *cocci* soit séparés, soit groupés en diplocoques, soit réunis en amas et doués du mouvement brownien.

Ils restent colorés par le Gram et se colorent facilement par les couleurs d'aniline basiques.

Ce microcoque se développe facilement sur les milieux sucrés. C'est un aérobie anaérobie facultatif.

Il coagule le lait en vingt-quatre heures à 37° par fermentation d'acide lactique ; il ne produit pas de présure.

C'est à 45° que ce microcoque possède son maximum d'énergie ; il résiste à la température de 50° et est tué lorsqu'il est exposé une heure à 60°.

3. Un streptobacille. — Ce sont de courts bâtonnets groupés en chaînettes de 4, 5 à 10 éléments.

Ce streptobacille prend énergiquement le Gram et se colore très bien par les couleurs d'aniline basiques.

Cet organisme se développe dans les milieux sucrés ; il coagule le lait en quatorze heures à 37°, par production d'acide lactique, et ne sécrète pas de présure.

C'est un aérobie facultatif. Il a son maximum d'activité à 45°. Il résiste à 50°. Il est tué à 70° en une heure. Comme les autres, il attaque la saccharose et la lévulose

Ces trois microorganismes, ensemencés dans du lait, produisent tous, mais à des degrés divers, de l'acide lactique :

		Ac. lactique p. 100.
En vingt-quatre heures.	Le microcoque	0,07
	Le bacille de Massol	0,49
	Le streptobacille	0,51
En quatre jours.	Le microcoque	0,16
	Le streptocoque	0,45
	Le bacille de Massol	1,26

Sel	5,0
Peptone	10,0
Lactose	20,0
Eau	1000,0

(1) Massol, *Rev. méd. Suisse romande*, 1905, p. 716.

Le bacille de Massol est donc un ferment lactique extrêmement énergique, le plus énergique de tous les ferments lactiques connus.

Ces trois organismes forment de l'acide lactique inactif.

Mode de préparation du lait caillé bulgare. — PRÉPARATION A DOMICILE. — En Turquie, la fabrication du yoghourt est connue et transmise de père en fils dans toutes les familles.

Le yoghourt, pour être bon, doit en effet être consommé frais ; aussi doit-il être préparé à la maison ou tout au moins dans son voisinage immédiat, car il supporte mal le transport, et celui-ci ne peut s'exécuter en Orient que de nuit et par un temps frais.

Voici comme on prépare cet aliment en Orient :

On prend du lait non écrémé de vache, de chèvre ou de brebis, et on le fait chauffer sur un feu doux dans un récipient quelconque, mais le plus large possible.

On le fait ainsi bouillir *jusqu'à ce qu'il soit réduit à la moitié de son volume initial.*

Pour activer l'évaporation, on le remue et on le puise avec une louche pour le reverser d'une certaine hauteur dans le récipient. La réduction à moitié opérée, on verse le lait dans des bols de capacité variable, suivant les besoins (en général 300 grammes), et l'on attend qu'il refroidisse jusqu'à 45° environ.

A ce moment, on introduit pour l'ensemencer la maya ou ferment frais dans la proportion de 2 centimètres cubes par litre ou une cuiller à café (5 grammes) par bol.

Dans la plupart des familles, on ajoute, au lieu de la maya, deux cuillerées à soupe du yoghourt de la veille, ce qui suffit à l'ensemencer.

Puis on enveloppe le bol d'une étoffe de laine, de façon que le lait conserve à peu près sa température pendant huit heures.

Au bout de ce temps, le lait est caillé ; on enlève les couvertures et on le place dans un endroit froid, jusqu'à son refroidissement complet, qui exige encore trois à quatre heures.

Il forme alors un gâteau blanc assez compact, qui, lorsqu'il est intact, ne laisse pour ainsi dire pas exsuder de sérum.

Il est alors prêt à être consommé *sur place*, car il ne peut être transporté. En effet, les secousses le font se liquéfier et se mélanger au sérum, de telle sorte qu'il ressemble au *lait tourné* et qu'il n'est plus présentable.

Il arrive quelquefois que le caillage est parfait après cinq à six heures ; d'autres fois, au contraire, au bout de dix heures, le lait n'est pas encore complètement caillé. On le laisse alors plus longtemps, jusqu'à ce qu'il soit pris en masse, car cela dépend de la saison et de la température.

PRÉPARATION INDUSTRIELLE. — En Europe, on s'est préoccupé de pouvoir fournir à bon compte au public du ferment bulgare frais et actif, et, dans ce but, il s'est fondé à Paris une société dite de *la Maya Bulgare.*

Cette société de la *Maya bulgare* s'est efforcée de procurer un ferment préparé dans son pays d'origine pouvant se conserver et se transporter dans tous les pays.

« Pour avoir un ferment d'origine certaine, elle a installé son usine en Orient, en Turquie d'Asie, et c'est dans les laboratoires de cette usine que la société fabrique son ferment bulgare. Ce ferment desséché en poudre conserve son action, ce qui permet de le transporter partout, car il se conserve indéfiniment. »

C'est là, semble-t-il, une précaution superflue que de préparer ce ferment en Turquie, car des cultures pures des bacilles de la maya peuvent se cultiver dans tous les pays, avec les méthodes bactériologiques actuelles.

Quoi qu'il en soit, la société livre au public la maya bulgare sous forme de poudre sèche, en petits flacons de 20, 100 et 200 doses.

Pour faciliter la confection du yoghourt à domicile, cette société a inventé des étuves spéciales, où l'on obtient la température constante de 45°, nécessaire pour sa fabrication dans la maison du consommateur.

Ces étuves sont ou bien des boîtes dans lesquelles on allume un petit brasero, ou bien de véritables étuves à eau chaude.

Voici la méthode recommandée :

1° Prendre du bon lait et le faire bouillir pour le réduire à la moitié de son volume.

Avec ce lait réduit, remplir les bols de l'étuve, qui contiennent 300 grammes ; laisser descendre la température jusqu'à 50° environ ;

2° Dans chaque flacon de ferment, on trouve une petite cuiller qui sert de mesure. On mettra dans chaque bol la petite cuiller pleine de poudre de maya, en soupoudrant le bol de lait, puis en remuant pour bien mélanger la poudre à toute la masse;

3° Remplir la bouillote de l'étuve d'*eau bouillante*, la replacer dans la partie inférieure et fermer l'étuve pour que le caillage puisse se faire ;

4° Après douze heures, retirer les pots, dont le contenu doit être pris en une masse uniforme, et les placer au frais. En faisant la préparation le soir, on peut retirer les bols le matin et les consommer dans la journée.

En Suisse : la société de Pury, à Montreux, prépare la *maya bacilline* sous forme sèche, et la société Henneberg, à Genève prépare la *lacticose* sous forme liquide.

Ces deux ferments sont tous les deux préparés avec la maya bulgare, et ils ont les mêmes propriétés et les mêmes avantages que celui que nous venons d'étudier.

Mode d'emploi du yoghourt — Le yoghourt peut se prendre en nature, soit salé, soit sucré, soit avec de la cannelle.

On le consomme soit *à jeun* à la dose d'un bol de 300 grammes à la place du petit déjeuner et d'un bol à quatre heures comme goûter, ou au coucher.

Ou bien on peut le prendre *aux repas*, soit avec les pâtes et spécialement le riz sous forme de pilaff comme les Orientaux, ou avec le pudding comme dessert et à la même dose.

On peut enfin, dans des cas plus sérieux, le prendre au petit déjeuner, au lunc et au dîner, chaque fois 300 grammes, ce qui fait qu'on arrive à en consommer environ 1 kilogramme par jour, dose qu'il n'est guère nécessaire de dépasser.

Le yoghourt peut être consommé pendant de longs mois à doses modérées et sans aucun inconvénient. La durée de la cure est donc indéterminée.

Cependant, à haute dose, son action ne doit pas être trop prolongée pour éviter les inconvénients de la cachexie acide dont nous avons déjà parlé.

Action physiologique du yoghourt. — Sa grande qualité consiste dans son goût fort agréable et qui ne rebute jamais le malade, comme cela arrive si souvent avec le lait, quand on est obligée de le prescrire longtemps.

Comme le lait, c'est un aliment complet ; mais, sous un moindre volume, il correspond à une plus grande quantité de lait, il est donc, à quantité égale, plus nourrissant que le lait.

Grâce à sa légère acidité, il se digère facilement ; il contient beaucoup de lactose et d'acide lactique et est, grâce à ces deux corps, légèrement laxatif et diurétique, deux qualités précieuses dans une cure de désintoxication.

S'il contient, comme on le prétend, moins de sel marin que le lait, ce serait un aliment très précieux dans les cures de régime hypochloruré, pour l'insuffisance rénale et l'épilepsie.

Action thérapeutique du yoghourt. — Le Dr Dybowski et le Dr Tubbendjuan (de Turquie) (1) ont montré avec quel avantage on pouvait, dans toutes les maladies où la diète lactée est indiquée, lui substituer le yoghourt.

Mais son action particulière, comme le fait remarquer le Dr Metchnikoff, est due à sa composition spéciale, c'est-à-dire à sa richesse en ferments lactiques, ferments qui sont les plus puissants antagonistes des microbes du tube digestif.

C'est donc un antiseptique puissant des voies digestives, qui trouve son indication spéciale chaque fois qu'il y a intoxication intestinale.

Herter (de New-York) (2), après avoir introduit à une série de chiens des quantités de microbes directement dans l'intestin, vit que, tandis que le *Bacillus proteus* augmentait les sulfoéthers dans l'urine, l'introduction de grandes quantités de *bacilles lactiques* diminuait notablement l'indican et les sulfoéthers.

Le Dr Cohendy, dans une expérience personnelle de six mois avec le yoghourt, a pu constater ce qui suit :

Après avoir fixé la proportion des sulfoéthers urinaires avec un régime mixte, il se soumit à un régime carné, et il vit les sulfoéthers augmenter notablement, comme cela arrive toujours.

Il absorba alors 1 litre de yoghourt, et son bon effet sur la putréfaction ne s'est pas fait attendre, car la quantité des sulfoéthers tomba à un taux des plus minimes.

L'examen de ses matières fécales a démontré la présence constante des mêmes bacilles lactiques qui avaient servi à la préparation du yoghourt, et qui avaient résisté au passage de l'intestin.

De plus leur influence s'est fait sentir encore longtemps après la cessation du lait caillé, car, malgré une nourriture très carnée, la quantité des sulfoéthers s'est maintenue à un degré très bas et n'a recommencé à augmenter que plusieurs mois plus tard.

(1) Dybowsky et Tubbendjuan, *Journ. des sc. méd. d'Angers*, nov. 1904.
(2) Herter, *British med. Journ.*, 1897, p. 1848.

Nous avons employé pour nos expériences en ville le yoghourt préparé avec la maya par la laiterie centrale de Lausanne.

Or, nous pouvons confirmer en tout point les résultats obtenus par les auteurs que nous venons de citer :

DANS L'AUTO-INTOXICATION INTESTINALE, LE YOGHOURT EST UN ALIMENT ANTIPUTRIDE DES PLUS PRÉCIEUX.

DANS L'AUTO-INTOXICATION PAR ENTÉRITE MENBRANEUSE, L'ACTION DU YOGHOURT EST NUISIBLE, PRESQUE AUSSI NUISIBLE QUE CELLE DU LAIT, ET IL NE DOIT PAS ÊTRE EMPLOYÉ.

DANS L'ENTÉRITE GLAIREUSE DIARRHÉIQUE, PAR CONTRE, MALADIE QUI ATTEINT L'INTESTIN GRÊLE ET QUI N'EST PAS JUSTICIABLE DES PATES, LE YOGHOURT DONNE DES RÉSULTATS ABSOLUMENT REMARQUABLES.

Cultures pures de ferments lactiques orientaux.

On peut donner toute la flore microbienne de la maya bulgare sans l'intermédiaire de lait caillé, soit en poudre, soit en comprimés, soit en pilules.

Nous avons commencé dans notre service l'étude d'une de ces préparations *la Maya bacilline de Pury* en poudre, mais les expériences que nous avons instituées n'étant pas terminées, nous ne pouvons encore en donner les conclusions.

(A suivre)

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde, par J. FORREST (*Merck's Archives*, juillet 1906). — Bien que certains prétendent que l'antisepsie intestinale est impossible et que cette méthode appliquée à la fièvre typhoïde soit une erreur, l'auteur est au contraire convaincu que l'antisepsie intestinale est la méthode qui donne le plus de résultats dans la fièvre typhoïde. Assurément, il n'est pas possible d'arriver à une antisepsie absolue ou parfaite, mais on peut obtenir une antisepsie très approximative de l'intestin, ce qui suffira pour amener des résultats satisfaisants dans l'état du malade. Depuis de nombreuses années, l'auteur regarde les sulfophénates comme les antiseptiques internes presque spécifiques de la fièvre typhoïde. On emploie pour cet usage les sulfophénates de zinc et de soude. Le sel de soude est formé de cristaux transparents, incolores, inodores, légèrement efflorescents à l'air libre, d'un goût un peu amer, salé, soluble dans cinq parties d'eau et 130 parties d'alcool. La solution aqueuse est neutre. Le sel de zinc est transparent, incolore, effervescent, d'un goût métallique, soluble dans deux parties d'eau et deux parties et demie d'alcool ; la solution aqueuse est acide.

La pharmacopée américaine donne comme dose moyenne du sel de soude 0,25 centigr. et pour le sel de zinc 0,12 centigr. Ce sont des sels peu toxiques, qui se décomposent dans l'organisme en acide phénique et en sulfates, mais le fait est contesté, attendu qu'on ne trouve pas dans l'urine la réaction caractéristique de l'acide phénique. Le sel de zinc est le plus généralement employé, c'est le plus actif, le plus astringent, tandis que le sel de calcium est le plus doux. La dose du sel de zinc est de 0,12 à 0,30 centigr. toutes les deux heures, on peut le donner associé au sel de calcium. Mais auparavant, il faut nettoyer l'intestin par de petites doses de calomel, un centigramme toutes les heures, jusqu'à production d'effet purgatif. Deux heures plus tard, on donne un purgatif salin, du sulfate de magnésie, à doses de quatre grammes toutes les deux heures, jusqu'à production de selles. Puis on commence le sulfophénate de zinc à la dose de 0,30 centigr. toutes les deux heures et l'on continue ainsi jusqu'à la fin de la maladie, tout en faisant fréquemment des lavages intestinaux.

Si ce traitement est institué au début de la maladie, les effets se traduisent bientôt par la disparition de l'odeur des selles qui deviennent plus consistantes. La tympanite ne tarde pas à disparaître. La température tombe avant la fin de la première semaine et le bain froid devient inutile, car la température ne remonte jamais à 39°5. L'auteur assure que la durée de la maladie est abrégée et prend fin en deux ou trois semaines. Les symptômes sont plus bénins et les complications sont moindres.

L. JUMON.

Traitement du tétanos, par A. PORTER (*Boston med. and. surg. J.* 6 sept. 1906). — D'après les principes acceptés, Porter formule les indications suivantes du traitement du tétanos. Il faut prévenir la marche centripète des toxines par une injection immunisante faite à un niveau plus élevé, par des injections locales d'antitoxine au-dessus de la limite supérieure atteinte par les toxines, par des injections intra-veineuses ou sous-cutanées pour neutraliser les toxines circulantes. Il faut empêcher ou retarder autant que possible l'absorption lymphatique depuis le foyer et neutraliser le poison par des injections locales, supprimer, si possible, la cause de l'infection, par

l'excision, les germicides, etc., et favoriser l'effet du sérum spécifique par un traitement symptomatique ou par les anesthésiques, ou le sulfate de magnésie. Porter prétend que l'antitoxine ne peut jamais atteindre le tissu nerveux, à moins qu'on ne l'y injecte directement, c'est pourquoi les injections intra-arachnoïdiennes sont inutiles. Il faudrait d'après lui, pouvoir faire les injections dans les nerfs moteurs périphériques les plus élevés, par exemple, les hypoglosses et le plexus trachéal, ce qui serait moins dangereux, que d'injecter l'antitoxine directement dans la moelle.

En résumé, les injections intra-veineuses et sous-cutanées immédiates, neutralisent les toxines en circulation ; faire des injections immunisantes au niveau le plus élevé, suivant la gravité des symptômes, faire des injections intraneurales périphériques aussi près que possible de la moelle. Si l'amputation n'est pas indiquée ni permise, la section du nerf isolerait les toxines dans le membre. L'absorption lymphatique diminue avec l'application du traitement de Bier par l'hypérémie passive. Les injections parenchymateuses dans les muscles peuvent avoir une certaine valeur en les associant aux injections sous-cutanées et intra-veineuses. S'il est possible, on supprimera radicalement le foyer local. Enfin, on ne négligera pas le traitement symptomatique.

L. JUMON.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Cas de leucémie traité avec succès par l'arsenic, par LINDSAY DICKSON (*The Lancet*, 18 août 1906). — Il s'agit d'un homme de 30 ans se plaignant de douleurs lombaires et de faiblesse générale, et présentant des adénopathies cervicales qui augmentèrent peu à peu de volume. L'examen du sang fit conclure à une leucémie grave devant évoluer rapidement. Les globules blancs semblaient aussi nombreux que les globules rouges. Le malade prit alors cinq gouttes trois fois par jour de liqueur arsenicale et le résultat sembla presque miraculeux. Au bout de trois jours le patient se sentait beaucoup mieux. Les tuméfactions ganglionaires étaient moindres et il y avait amélioration dans l'état du sang. La dose de liqueur arsenicale fut rapidement portée à quinze gouttes trois fois par jour, l'amélioration continua et il n'y eut pas de symtômes toxiques. Au bout de quinze jours les ganglions avaient leur volume normal et le sang paraissait également normal. On diminua alors la dose d'arsenic qui fut ensuite remplacée par du fer. Au bout de quelques jours le patient déclara qu'il ne s'était jamais si bien porté de sa vie et il put dès lors reprendre son travail.

L. JUMON.

Thérapeutique du diabète, par le Dr POTTIER (*Bull. off. des soc. méd. d'arrondiss.*, 20 sept. 1906). — Les médicaments employés au cours d'une crise diabétique, opium, belladone, bromure, antipyrine, etc., appartiennent tous à la classe des modérateurs réflexes et n'ont qu'une utilité symptomatique. Leur emploi rend des services, mais il faut éviter les doses massives ou prolongées. L'opium offre le plus d'avantages, les bromures atténuent la polyurie, l'antipyrine, associée à la quinine et au bi-carbonate de soude, calment les céphalées. Mais pour l'auteur, la base de la thérapeutique est le lait et l'eau. On a attribué au lait les quantités plus ou moins grandes de glucose de l'urine. Mais en réalité, le lait ne fait qu'éliminer les quantités accumulées dans l'organisme et l'augmentation n'est qu'apparente. Après un certain temps, le sucre diminue et les symptômes s'amendent. L'eau concourt aussi à cette action éliminatrice, sous forme d'eaux minérales et de tisanes. Après les crises, on a recours aux toniques pour aider au relèvement de l'état général. L'auteur conseille ici l'extrait liquide de quinquina dissous dans l'eau au début du repas. Au bout d'une semaine, on remplace cette médication par des solutions de glycéro-phosphate.

On a cherché à supprimer le sucre par les médicaments, notamment par l'antipyrine et le pyramidon. Le sucre baisse d'abord, puis réapparaît en plus grande quantité. Dans les diabètes avancés, cette médication devient dangereuse ou même fatale, l'auteur en cite plusieurs exemples.

Les cures thermales sont des cures d'élimination, et ici, il serait préférable de recourir aux eaux pures, peu minéralisées, Evian, Uttel, Contrexéville, etc. Il ne faut jamais faire suivre une cure thermale après une période de crise.

Le traitement du diabète est au total, surtout une question de régime. L'auteur conseille le suivant : pain rassis, bien cuit,

viandes grillées et rôties, poissons maigres, à un seul repas. Œufs, tous les légumes préparés au beurre, fruits crus ou cuits, fromages frais ou cuits. Suppression des viandes noires, gibiers, conserves, salaisons, poissons gras, plats de sauce, fromages faits, pâtisserie, sauf la brioche. Eau en abondance, vin de Bordeaux en petite quantité. Pas de thé, de café, ni de liqueurs.

Tous les quinze jours, une purgation saline.

S'il survient des anthrax, on les ouvre au thermo-cautère, par des pointes profondes, distantes de 2 centimètres, on les passe à l'eau bouillie ou à l'eau boratée et bi-carbonatée. Dans l'élimination, employer l'eau oxygénée.

L. JUMON.

Valeur des doses massives de salicylate dans le traitement du rhumatisme aigu, par WOOD CLARKE (*The Amer. J. of the med. sc.* sept. 1906). — La méthode de traitement suivie par l'auteur a consisté à donner le salicylate de soude toutes les heures si le malade est éveillé, à des doses variant de 0 gr. 60 à 1 gr. 20, jusqu'à apparition de phénomènes toxiques. Dès qu'apparaissent les bourdonnements et la dureté de l'ouïe on arrête le traitement pour le reprendre dans la suite. On donne ensuite 0 gr. 60 à 1 g. 20 de salicylate toutes les deux à quatre heures. La quantité de salicylate nécessaire pour produire les phénomènes particuliers à cette substance, a varié de 5 à 20 grammes, la moyenne étant de 12 grammes. Ces doses massives sont bien supportées, sans nausées, ni vomissements, ni dépression.

L'effet de cette saturation rapide, par le salicylate est de faire tomber très vite la température à la normale, en moyenne au bout de quatre jours. Le soulagement de la douleur est très frappant ; chez quelques malades, la douleur a complètement disparu le deuxième jour pour ne plus reparaître. En moyenne, la douleur n'existait plus au bout de quatre jours. La tuméfaction cède rapidement, quelquefois avant la douleur. Le cœur a été particulièrement surveillé, en raison des hautes doses de salicylate. Cependant, avec cette méthode, les complications cardiaques semblent avoir diminué de fréquence, car elles n'ont été que de 13 0/0 au lieu de 25 à 30 0/0, proportion signalée par plusieurs auteurs.

Dans la plupart des cas, on a donné en même temps les alcalins sous forme d'acétate et de citrate de potassium. Cependant quelques malades n'en ont pas reçu. Il est intéressant de constater que les complications cardiaques se sont montrées seulement chez les malades qui ont pris en même temps des alcalins, mais le nombre des cas est trop petit pour pourvoir en tirer une conclusion. Le pouls pendant le traitement salicylé a varié de 70 à 80, il est resté fort et régulier jusqu'à la convalescence. Dans un cas seulement sans complication d'endocardite, le pouls est devenu faible et s'est élevé à 120 pendant trois jours.

Le danger des hautes doses de salicylate n'est pas grand. Il faut surveiller les symptômes toxiques et arrêter le traitement quand ils apparaissent. Cependant, même chez les malades qui ne présentent pas de symptômes toxiques il ne faut pas dépasser une certaine limite. Dans le seul cas terminé par la mort, le malade avait pris en tout 96 grammes, à raison de 1 gr. 20 par heure. On suspendit le traitement pendant deux jours, l'état fut bon ; puis subitement, il survint du délire, de la contraction de la nuque, de la fièvre. La ponction lombaire ne donna rien d'anormal. L'état s'aggrava et le malade mourut le dixième jour. Cependant, il est difficile d'attribuer la mort au salicylate. A l'autopsie, on trouva une méningite séreuse et une endocardite végétante. Le principal inconvénient des doses massives de salicylate est de maintenir les malades au lit, lorsqu'ils ne souffrent plus au bout de trois jours, car ils ne sentent plus la nécessité du repos prolongé.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Fracture extra-capsulaire du col fémoral, par le Prof. JABOULAY (*La Province médicale*, 22 sept. 1906). — Dans cette leçon clinique où le professeur présente une malade de 81 ans atteinte de fracture du col du fémur, il montre que la guérison n'est que relative et exige de longues semaines et des mois, pendant lesquels une malade âgée est exposée à des complication graves, congestion pulmonaire, escharre fessière, etc. Le traitement de la malade, au point de vue général consistera surtout à lui faire prendre quelques toniques et des préparations renfermant des sels minéraux, nécessaires à la nutrition osseuse. Quant au traitement local, il faut s'abstenir de redressement ou

d'immobilisation. On pourrait, tout au plus, pratiquer quelques légers massages, en respectant avec soin en avant les vaisseaux athéromateux.

On ne peut pas songer à pratiquer une opération correctrice. Une résection de l'extrémité supérieure du fémur laisserait une déformation en adduction qui ne serait pas supérieure au résultat spontané. On pourrait refaire la fracture au point lésé, pratiquer une ostéotomie et remettre les fragments osseux en place, par un engrènement artificiel avec des clous et des sutures. On pourrait encore faire une ostéotomie transversale sous-trochantérienne au-dessous de la région lésée. Mais ces interventions qui sont déjà trop graves chez l'adulte doivent être absolument évitées chez les vieillards. Chez eux, le pronostic vital prime le pronostic fonctionnel. La malade est restée seulement pendant huit jours dans une gouttière Bonnet : au bout de trois semaines l'impotence était la même. Cependant une bonne guérison relative a été obtenue, car la malade boite un peu, mais ne souffre pas de la marche.

L. JUMON.

Traitement de la tuberculose osseuse et articulaire, par GOLDHWAIS (*Boston med and. surg. J.*, 30 août 1906). — Si le patient se trouve dans un bon état de santé générale il n'y a aucune raison pour exciser la région atteinte. Le traitement général doit prendre le pas sur le traitement chirurgical et on doit recourir aux mêmes prescriptions hygiéniques que dans la tuberculose pulmonaire. Le malade doit vivre en plein air, sous des tentes ou dans des chambres bien aérées et ensoleillées, et soumis à une bonne alimentation. Ce sont là aussi les meilleures mesures prophylactiques. Le traitement local doit tendre à sauvegarder la fonction de la région sans augmenter l'irritation au siège de la maladie. Le traitement conservateur doit être essayé jusqu'à ce qu'un autre traitement s'impose. L'opération à pratiquer dans un cas donné dépend alors de la région affectée. S'il existe des abcès il faut évacuer le pus, mais l'auteur ne conseille pas de l'ouvrir largement en raison de l'infection générale très facile. Il est préférable alors de recourir à l'aspiration plutôt qu'au drainage libre. Si le pus est déjà infecté il faut l'évacuer. A propos de cette communication, Townsend a fait remarquer que beaucoup d'arthropathies ont été attribuées à la tuberculose alors qu'elles étaient dues à une infection antérieure par le pneumocoque, le streptocoque, le gonocoque, le bacille typhique. Les arthropathies survenant dans les maladies nerveuses ont souvent été rapportées à la tuberculose, de même que les lésions du rachitisme et les arthrites survenant dans la rougeole et la scarlatine. On doit rechercher les antécédents tuberculeux de famille et même s'aider des injections de tuberculine pour assurer le diagnostic. Le traitement mécanique doit être employé dès le début, mais être suspendu lorsqu'il survient des signes d'infection.

L. JUMON.

Des indications du traitement chirurgical du cancer de l'estomac, par le Dr NOIR (*Bull. off. des soc. méd. d'arrondis.* 20 sept. 1906). Pour agir utilement dans le cancer de l'estomac, il faut intervenir de bonne heure, et trop souvent les malades sont amenés trop tard au chirurgien. Une fois le moment opportun de l'intervention passé, on ne peut qu'instituer un traitement palliatif. Dans l'état actuel de nos connaissances, on en arrive à conseiller une laparotomie exploratrice qui deviendra, s'il y a lieu, le premier temps d'une intervention plus complète. Si le diagnostic du cancer est confirmé, la question de l'intervention se pose avec celle des chances de survie et de risques opératoires. La mortalité de la gastrectomie d'après les dernières statistiques, est inférieure à 29 0/0. L'opération est donc grave. La situation n'est pas beaucoup meilleure pour la gastro-entérostomie. Il convient de remarquer que dans cette dernière la tumeur a été laissée en place et qu'on ne peut espérer qu'une survie plus ou moins longue. A risque opératoire égal, et même un peu supérieur, il est donc logique de donner la préférence à la gastrectomie. Après cette dernière opération, la survie a varié de 2 à 8 cas : après la gastro-entérostomie, la mort dans les cas exceptionnels est survenue au bout de 2 ans ou 2 ans 1/2 : le plus souvent la survie est de 6 mois 1/2, l'opération n'étant pratiquée qu'en dernier ressort. Néanmoins, même dans les conditions fâcheuses où se trouvait alors le malade, l'opération a été bienfaisante, l'alimentation est possible, les vomissements disparaissent, l'appétit renait ; pendant quelques mois, le malade semble revenir à la santé, mais l'illusion dure peu et la cachexie poursuit son œuvre.

La localisation de la tumeur au pylore, constitue la première indication opératoire.

On a des chances de pouvoir faire alors une opération radicale, parce que les symptômes sont plus précoces, que la tumeur est plus facile à enlever. On conseillera l'opération si l'on croit que la tumeur est limitée, facilement accessible. On tiendra compte du temps écoulé depuis le début probable de la maladie. Les cas où l'ablation totale de la tumeur est possible, sont assez restreints, surtout en raison des contre-indications opératoires.

Par contre, on peut avoir plus souvent l'occasion de faire la gastro-entérostomie qui est une opération de nécessité et qui peut prolonger l'existence d'un malade menacé immédiatement d'inanition. En résumé, bien qu'un petit nombre de cancers de l'estomac puissent être opérés, il ne faut pas rejeter systématiquement l'intervention, mais l'appliquer suivant les indications.

L. JUMON.

Cholécystite calculeuse suppurée, opération, guérison, par le Dr LOUBET (*Marseille médical*, 1 août 1906). — Chez une malade de 52 ans qui présentait tous les signes d'une cholécystite avec une température de 40°, un pouls à 120, l'auteur pratique d'abord une cholécystostomie. Au bout de quelque temps, l'état général était parfait, la malade avait gagné 12 kilogr., mais la fistule persistait, avec un suintement muqueux dénotant une oblitération du cystique. Au bout de huit mois, la malade demandait à être débarrassée de sa fistule. C'est alors que l'auteur pratiqua la cholécystectomie et la cholédocotomie. Après résection de la vésicule et du cystique, le moignon fut cautérisé au thermo-cautère. La plaie du cholédoque ne fut pas suturée, mais un gros drain de caoutchouc fut placé à son voisinage et au-dessous deux mètres de gaze. Les suites opératoires furent simples et apyretiques. La bile cessa de couler au bout de quarante-huit heures. Le drain fut enlevé le cinquième jour.

La malade quittait la maison de santé en parfait état le vingtième jour.

L'auteur fait ressortir deux inconvénients de la cholécystostomie : la possibilité des fistules, l'impossibilité d'examiner avec certitude et méthode, par cette opération, les voies biliaires principales, hépatique et cholédoque. Dans l'opération actuelle, ni l'exploration par le palper des voies biliaires, ni le cathétérisme n'avaient révélé l'existence d'un calcul volumineux existant depuis longtemps et qui vint s'enclaver dans le cystique.

Aussi, devant l'insuffisance de la cholécystostomie, l'auteur est-il d'avis, suivant les travaux récents, d'intervenir d'emblée sur les voies biliaires principales. La cholécystostomie ne doit plus être pratiquée que lorsque l'état général du sujet oblige à aller vite et à réduire au minimum le shock opératoire. La méthode n'est qu'un pis aller comparable à l'anus contre nature. Elle doit être réservée aux cas d'urgence pour parer aux accidents pressants qui peuvent compliquer la lithiase biliaire. Cette opération serait encore indiquée (ou mieux la cholécystentérostomie) dans les cas de calculs de la portion retro-pancréatique ou duodénale du cholédoque, impossibles à extraire. Ces cas deviennent de plus en plus rares, à mesure que se perfectionne la technique opératoire.

A part ces rares indications, la méthode de choix consiste dans l'incision de proche en proche des conduits biliaires, en partant de la vésicule et en se guidant sur le cystique pour arriver jusque sur le cholédoque et l'hépatique qui seront directement explorés. L'opération est complétée par l'ablation de la vésicule et du cystique.

L. JUMON.

Injections d'oxygène dans les maladies chirurgicales infectieuses, par WOHLGEMUTH (*Therap. Monatshefte*, septembre 1906). — L'auteur applique depuis longtemps cette méthode, que Thiriar a spécialement étudiée, dans sa clientèle. Il recommande la technique suivante : un petit cylindre de 100 ccm. contenant de l'oxygène comprimé à 100, 120 atmosphères, est réuni par un tube de caoutchouc à une canule mousse ou pointue, selon les besoins ; le tube et la canule sont stérilisables. Un système de robinets permet l'échappement du gaz avec plus ou moins de force.

Après ouverture d'un abcès, par exemple, on introduit la canule mousse dans la cavité et l'on pratique une douche d'oxygène, puis on prend une canule pointue et l'on fait dans le tissu sain du pourtour de l'abcès des injections profondes. En cas de petits furoncles et panaris, une seule séance suffira souvent : si l'abcès est grand, on fait tous les 2 cm. une injection dans le tissu sain, jusqu'à ce qu'on obtienne un léger emphysème de la région. On panse avec une compresse imbibée d'une solution d'eau oxygénée à 2, 3 0/0, que l'on change tous les jours. Dès après l'injection, la région traitée devient rouge clair : cette coloration

persiste quelque temps. La douleur est passagère ; une deuxième injection sera faite éventuellement 24 ou 48 heures après. La pression doit vaincre la résistance des tissus et l'intensité de la douleur dépend de cette pression. Si l'on cherche à établir un courant d'oxygène permanent, la pression sera au contraire réduite autant que possible (péritonite généralisée p. ex. : dans ce cas, on fera passer le courant d'oxygène à travers de l'eau chaude). Règle générale, il ne faut jamais craindre d'injecter trop de gaz.

Des *plaies suppurantes* inutilement traitées pendant longtemps par les topiques usuels ont guéri rapidement sous l'influence d'une douche quotidienne de 1 min. de durée : l'action de l'oxygène est nettement siccative.

En cas de *panaris* ou de *phlegmons* au *début*, le traitement par incision, douche d'oxygène dans la cavité et injections dans le tissu environnant, fait disparaître de suite les douleurs, l'état fébrile ; de petits panaris peuvent guérir en 24 heures. Dans les cas graves, on évite ainsi les longues incisions et les cicatrices consécutives.

Les *furoncles* et *anthrax :* l'œdème environnant la lésion disparaît en 24 heures. La douleur provoquée par l'intervention dure une demi-heure à 1 heure ; on évite par ce procédé toutes les opérations (curetages, etc.), qui sont trop souvent un complément indispensable des traitements usuels.

E. VOGT.

Anesthésie par la scopolamine - morphine, associée au chloroforme, par HALMA-GRAND et BAILLET (*Province médicale*, 22 sept. 1906). — Dans 134 anesthésies pratiquées suivant le mode indiqué, Halma-Grand a constaté que l'anesthésie est facile, non accompagnée de vomissements, qu'elle donne un sommeil calme, avec une petite quantité de chloroforme, que le réveil est facile et que l'alimentation peut être reprise dès le troisième jour de l'opération. L'auteur emploie pour les adultes une seule injection d'un milligramme de scopolamine et d'un centigramme de morphine faite une heure et demie avant l'opération. Pour les enfants au-dessus de dix ans, un demi-milligramme de scopolamine et un demi-centigramme de morphine.

L'anesthésie est continuée au chloroforme au moyen de l'appareil de Ricard. La moyenne du chloroforme employé a été de treize grammes par heure. La plus longue anesthésie a eu une durée de deux heures cinq minutes, pour une hystérectomie nécessitée par une annexite double suppurée avec adhérences épiploïques et intestinales. La plus grande quantité de chloroforme employée a été de cinquante-trois grammes pour 95 minutes d'anesthésie. Le sommeil post-opératoire a été en moyenne de cinq heures quarante minutes ; le plus long a été de neuf heures, le plus court de deux heures.

Baillet est partisan convaincu de l'emploi de la scopolamine-morphine. Il a utilisé ce mode d'anesthésie chez tous ses malades, sans se préoccuper de leur état cardiaque, ni de leur âge, ni de l'opération qu'ils devaient subir. La dose est toujours de un milligramme de scopolamine et de un centigramme de morphine. Dix minutes après l'injection, le patient éprouve une sensation d'anesthésie musculaire, puis se sent envahir par le sommeil. Quelques-uns n'ont après une heure que de la pesanteur des paupières et de l'hébétude : ils s'aperçoivent bien de l'administration du chloroforme, mais l'impression n'est pas désagréable comme lorsqu'on donne le chloroforme sans préparation. La résolution musculaire semble moins complète et il faut, pour obtenir cette résolution, ne pas trop limiter la dose de chloroforme. La scopolamine ne produit pas un suintement sanguin plus abondant que d'habitude et elle n'est pas contre-indiquée de ce fait, dans certaines opérations, comme les hystérectomies abdominales. Le réveil se fait lentement et avec calme, sans vomissement. Un fait assez constant est la polyurie qui apparaît après l'administration de la scopolamine.

Les avantages de ce mode d'anesthésie sont surtout évidents chez les nerveux, les impressionnables et diminuent beaucoup chez eux le danger des interventions chirurgicales.

C'est donc chez eux que ce mode d'anesthésie paraît particulièrement indiqué.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement de la diarrhée chronique par l'appendicostomie, par S. GANT. (*Boston med. and. surg. J.* 6 sept. 1906). — Dans ce tra-

vail l'auteur donne son expérience personnelle dans le traitement de neuf cas de colite ulcéreuse persistante et de diarrhée classique par l'appendicostomie ou la cœcostomie. Dans huit cas, l'appendice fut soulevé, fixé à la peau et ouvert de façon à permettre une large irrigation. Dans le neuvième cas, le cœcum fut ouvert et on y introduisit une sonde. L'appendicostomie est une opération très simple qui n'est pas plus dangereuse que celle de l'appendicite à froid. Les irrigations sont faites immédiatement avec une solution saline, de l'eau glacée ou des solutions d'acide borique, de permanganate de potasse, d'ichthyol, de nitrate d'argent. Les troubles abdominaux et la diarrhée ont cessé immédiatement après l'opération ou dès la première irrigation et les selles sont devenues presque normales en quelques jours, ne contenant que peu de sang ou de mucus. Les irrigations doivent être faites tous les jours et en quantité suffisante pour nettoyer complètement l'intestin. La sonde n'a été nécessaire que lorsque l'ouverture présentait une tendance à se fermer. L'appendice a été maintenu ouvert pendant trois à douze mois, et s'est fermé spontanément dans quelques cas; dans d'autres, il a fallu cautériser la muqueuse pour fermer l'orifice. La seule conséquence désagréable est une petite hernie abdominale. Dans un cas, l'appendice était oblitéré et il fallut faire la cœcostomie après avoir enlevé l'appendice.

L. JUMON.

Traitement de la périty phlite, par ZOLLIKOFER (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 1er septembre 1906). — L'auteur ne veut parler que du traitement de l'attaque aiguë. Le grand danger du traitement classique (repos, opium et suppression de l'alimentation), c'est qu'il supprime l'activité digestive et force l'organisme à utiliser ses réserves pour se sustenter : pour l'albumine, cette situation n'offre pas de grands inconvénients, mais il faut trouver les 2 litres d'eau environ qu'un sujet normal assimile dans les 24 heures. Or, il ne saurait être question de permettre, en pleine crise d'appendicite, un apport aussi considérable : du reste, dans les cas où existent des vomissements violents, l'eau ne serait pas absorbée.

La diminution de la quantité d'eau tissulaire a un inconvénient très grand ; sous son influence, le protoplasma s'altère, et les effets délétères de cette altération continuent pendant plusieurs jours après la reprise de l'alimentation aqueuse normale.

Il est donc nécessaire de recourir à d'autres moyens que l'ingestion stomacale pour assurer l'apport d'eau, et l'on y arrive en partie par les injections de sérum et les petits lavements d'eau simple. L'eau introduite en lavements est certainement absorbée et l'auteur a fait un emploi systématique de ce procédé avant d'adopter sa méthode actuelle.

Reste l'objection grave de l'excitation du péristaltisme provoquée par les lavements : celle-ci, inévitable, avec les lavements nutritifs, fréquente avec les lavements d'eau simple, est supprimée, si on se sert de la solution chlorurée sodique physiologique, ainsi que l'auteur l'a pu reconnaître dans sa pratique (plusieurs centaines de lavements donnés sans réaction). Jamais ces lavements ne provoquent d'épreintes, et il n'est pas difficile de garder le liquide injecté : l'effet sur l'évacuation des selles est, en outre, absolument supprimé.

L'auteur dispose de 26 cas de périty phlite ainsi traités, qui ont tous guéri : les malades ont, sous l'influence du traitement, un aspect moins déprimé, le pouls est plus lent et plus plein que d'ordinaire dans cette affection, les vomissements, les coliques et le météorisme disparaissent en 2 ou 3 jours; ces derniers symptômes dépendent du reste beaucoup moins de l'occlusion intestinale en elle-même que de l'intoxication entérogène, par les produits de décomposition du contenu intestinal en état de stagnation. L'apport de liquide en abondance facilite l'élimination de ces toxines.

La sensation de soif est enfin entièrement supprimée et le besoin d'opium beaucoup diminué : il suffit d'en ajouter quelques gouttes aux premiers lavements pour supprimer presque entièrement les douleurs : souvent même, une seule dose a suffi.

La solution, introduite lentement, avec peu de pression, est à 6 00/00 : on injecte un litre par jour en 3 ou 4 fois.

E. VOGT.

Traitement des hémorragies du tube digestif, par LEO (*Deutsche med. Wochenschrift*, 6 septembre 06). — Dans les cas graves, la première mesure à prendre est d'étendre le malade sur un lit, la tête basse, et d'envelopper les jambes avec des bandes. Si la perte sanguine provient d'hémorroïdes, on tamponnera avec des tampons d'ouate imbibés de perchlorure de fer, et s'il existe de l'anémie cérébrale marquée,

on injectera toutes les heures ou demi-heures de l'huile camphrée (1 ccm. à la fois). Si l'hémorragie ne cède pas, on fait une injection sous-cutanée d'un demi-litre de solution physiologique à 6 00/00 dans la région thoracique : on peut aussi donner la solution en lavement (un litre auquel on ajoute 10 à 20 gr. de gélatine). En outre, on place une vessie de glace sur le ventre : l'huile camphrée peut être remplacée par l'ergotine (1 ccm. d'une solution à 1 : 10).

Si l'hémorragie provient de l'estomac, il faut avant tout chercher à maintenir l'organe en un état de contraction, en n'administrant que des morceaux de glace pendant les premiers jours, et on alimente par le rectum, après avoir, une heure avant, introduit un suppositoire contenant 0,05 gr. d'opium. On donnera 3 lavements nutritifs au plus par jour, de 250 ccm. chaque. Comme mélange l'auteur recommande du lait à 40°, additionné d'une demi-cuillerée à café de sel et de 3 jaunes d'œuf crus ou d'une solution de 50 gr. de sucre de raisin ou mieux encore de dextrine. Au bout d'une semaine, on peut alimenter le malade par la bouche, en ajoutant au besoin de la gélatine : dans ce cas il faut tiédir le liquide pour la gélatine reste dissoute.

Dans les cas d'hémorragie profuse provenant de l'œsophage, chez les cirrhotiques, on arrive quelquefois à sauver le malade qui sera alors alimenté pendant longtemps par le rectum.

Quand on se trouve en présence d'un ulcère stomacal qui donne lieu à des hematémèses plus ou moins fréquentes, on fera bien de pratiquer la gastroentérostomie : le suc pancréatique neutralisera alors l'acide chlorhydrique et détruira la pepsine, et la surface ulcérée échappera à l'action délétère du suc gastrique.

Les hémorragies intestinales n'exigent pas en général de traitement spécial, car elles sont rarement abondantes, quelle que soit leur cause (fièvre typhoïde exceptée). Il est parfois difficile, en cas de fièvre typhoïde, d'obtenir l'immobilité du patient qui délire. En tout cas, on supprime de suite les bains, on donne de la glace ou des liquides glacés, comme médication, on administre 3 ou 4 fois par jour cinq gouttes de perchlorure de fer.

En cas d'hémorragies causées par les hémorroïdes, on se trouvera souvent bien d'administrer des lavements de solution aqueuse de tannin à 1 0/0.

E. VOGT.

Pathologie & traitement de la lithiase biliaire, par V. ALDOR (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 17 septembre 1906). — Pour l'auteur, cette pathologie est dominée par les processus infectieux qui envahissent les voies biliaires, et non par la présence d'une plus ou moins grande quantité de calculs. C'est la cholécystite infectieuse et non la migration des calculs qui préside à l'attaque de colique hépatique, et le traitement préventif classique ne tient pas assez compte de ce fait. L'examen des selles des lithiasiques a démontré à l'auteur que dans plus de la moitié des cas, il existait un catarrhe de l'intestin grêle ou du colon, ou des deux à la fois. Les différents cholagogues exercent, d'ailleurs, leur action en facilitant les selles et agissant sur l'état catarrhal de l'intestin.

Il résulte pour l'auteur de ces constatations, que le domaine chirurgical de la cholélithiase doit être circonscrit à un minimum de cas.

Le point de vue de l'auteur lui fait adopter une modification importante dans le traitement balnéaire (Carlsbad). Il ne s'agit pas pour lui d'obtenir par ce traitement une expulsion des calculs, mais bien un effet curatif sur l'inflammation des voies biliaires : le repos doit donc remplacer la pratique usuelle des promenades prolongées et des ingestions abondantes d'eaux thermales. Pour le lithiasique, le traitement à Carlsbad (le raisonnement peut, sans doute s'appliquer aussi bien à Vichy) doit s'accompagner du repos absolu, et le malade ne doit quitter la station balnéaire qu'au moment où les derniers symptômes de cholécystite ont entièrement disparu : La durée de la cure peut donc varier entre 4 et 10 semaines. Ce n'est qu'après disparition de la cholécystite que l'on peut songer à une cure préventive, qui consistera en exercices de marche et injection d'eau minérale, quand le malade sera rentré chez lui.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire

Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON
Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel, par le Pr FORLANINI (*de Pavie*), (*Deutsche med. Wo-*

chenschrift, 30 août 1906). — Le principe de la méthode consiste à obtenir un repos absolu du poumon malade, permettant la guérison du processus pathologique. Il faut donc que le pneumothorax artificiel soit assez volumineux pour exercer une pression permettant d'obtenir cette immobilité, et qu'il soit constitué peu à peu, si l'on veut éviter une compression brusque du poumon avec évacuation en masse des sécrétions bacillifères, et danger de pneumonie du côté sain. Il faut donc n'introduire qu'une fois par jour de petites quantités de gaz. Une dernière condition est de maintenir la pression constante pendant toute la durée de la cure, et de remplacer par conséquent le gaz sans cesse résorbé par la plèvre.

L'auteur se sert d'azote : nous renvoyons à l'original pour la description de l'appareil employé. L'azote n'est pas aisément résorbé par la plèvre, comme l'auteur a pu s'en assurer en injectant de l'air atmosphérique ; dans ce cas, on ne retrouve au bout de peu de temps que de l'azote dans le pneumothorax.

La quantité d'azote injectée est de 200 à 300 ccm. par séance, jusqu'au moment où tout signe stéthoscopique a disparu, on injectera tous les jours. Quand il existe des adhérences pleurales, plusieurs mois peuvent être nécessaires pour obtenir l'arrêt de fonctionnement du poumon ; à partir de ce moment, on espace les séances, la plèvre ne résorbant presque plus : on arrive ainsi à ne plus faire qu'une injection par mois.

L'auteur dispose de 25 observations, qui démontrent que la guérison d'une tuberculose unilatérale s'obtient peu à peu, après quelques phénomènes d'hyperthermie au début. Il arrive même qu'on obtienne ce résultat quand l'autre poumon est atteint, mais à un degré peu marqué ; bien plus, ce dernier peut guérir lui aussi.

Dans un cas, il existait trop d'adhérences pour qu'on pût arriver à constituer un pneumothorax,

Dans d'autres cas, les adhérences circonscrivent des loges sans communication entre elles : l'auteur, dans un cas de ce genre, dut constituer quatre pneumothorax à la fois.

Dans 4 cas, le traitement ne put être mené à bien (tuberculose méningée, troubles nerveux graves, etc.).

L'hémoptysie, loin d'être une contre-indication, disparaît sous l'influence du pneumothorax : on n'en observe jamais en cours de traitement.

Chez une malade morte de pneumonie franche, 2 ans après guérison, l'auteur trouva à l'autopsie un pneumothorax encore volumineux : le poumon malade était transformé en un tissu cicatriciel dense, contenant quelques foyers caséeux entièrement encapsulés.

Une des malades est depuis 4 ans, porteur d'un pneumothorax, qu'on entretient par des injections mensuelles, et jouit d'une parfaite santé, bien qu'elle eût été atteinte d'entérocolite grave, non tuberculeuse, et qu'elle eût eu une grossesse, que l'auteur préféra interrompre au 4e mois.

La guérison du processus phtisiogène est difficile à interpréter : l'auteur renvoie à une communcation ultérieure l'exposé de l'hypothèse qui lui paraît la plus plausible.

E. Vogt.

Sur le traitement des cas avancés de la tuberculose pulmonaire, par Sherman Bonney (*Boston med. and. surg. J.* 30 août 1906). — Dans ce travail, l'auteur attache surtout de l'importance à une bonne direction dans le traitement, suivant les malades, à l'observation des plus petits détails, au grand air et au repos, au régime et au traitement de la fièvre.

Au point de vue de l'alimentation, il fait remarquer que les œufs et la crème qu'on a l'habitude de prescrire entre les repas doivent être donnés immédiatement après le repas, parce que dans le premier cas, l'appétit ne tarde pas à diminuer et le malade prend moins de nourriture que lorsqu'il fait des repas plus espacés. Les œufs doivent être pris non cuits, sans addition de crème ou de lait : les malades les supportent bien mieux, parce qu'ils n'ont aucun goût et qu'ils sont rapidement absorbés. Le nombre moyen d'œufs crus consommés par les malades a été d'une douzaine par jour, mais beaucoup pourraient aller à quinze ou vingt. Après les œufs le malade peut prendre un demi-verre de crème.

L'alcool, malgré ses propriétés alimentaires, ne doit être permis qu'en très faible quantité et en cas d'indications thérapeutiques très nettes. Son usage inconsidéré peut provoquer de l'excitation vasculaire, accroître la tendance aux hémorragies, diminuer l'appétit, provoquer l'agitation et l'insomnie. La seule manière d'administrer de l'alcool sans nuire au malade, est de lui permettre aux repas de l'ale ou du stout ou du vin de bonne qualité.

Quant à la fièvre, si elle est persistante,

elle devient un obstacle insurmontable à la guérison. Mais ce serait un tort que de vouloir la combattre simplement par les moyens antithermiques, sans employer les moyens qui tendent à empêcher son retour. L'auteur a l'habitude dans ces cas, d'imposer le repos le plus complet au lit, jusqu'à ce que la température s'abaisse. Le repos s'impose comme mesure préliminaire dans tous les cas présentant la fièvre septique d'une tuberculose avancée. En second lieu, l'auteur a recours au sérum antistreptococcique contre la fièvre. Dans un cas sur quatre ou cinq, il a obtenu, de cette manière, une diminution de la température au bout de huit à dix jours. Les autres cas n'ont présenté aucun phénomène fâcheux, à part parfois une certaine intolérance pour le sérum de cheval. Parfois, l'amélioration se trouve retardée jusqu'à ce que la réaction se produise et alors la température revient à la normale ou diminue de plusieurs degrés, restant encore un peu élevée. L'auteur fait en tout quatre injections à des intervalles d'un ou deux jours, puis il attend les résultats. Le sérum antistreptococcique a donné de bons résultats, même lorsque l'expectoration ne contenait pas le streptocoque.

L. JUMON.

Traitement de la broncho-pneumonie des vieillards, par G. STEPPENS (*St-Paul med. J.* sept. 1906). — La broncho-pneumonie des vieillards et la tuberculose pulmonaire chronique sont souvent confondues. Dans la première, le streptocoque est l'agent pathogène qu'on rencontre le plus souvent. La broncho-pneumonie est souvent une affection ultime de la vieillesse. Elle est habituellement précédée pendant plus ou moins longtemps d'une bronchite ou d'une bronchorrhée qui s'aggravent avec le temps. L'affection est presque toujours bilatérale.

L'hygiène a une grande importance au point de vue prophylactique. La chambre et la literie doivent être tenues dans un très grand état de propreté et bien aérées, la température étant maintenue à peu près à 20°. Le régime doit se composer d'aliments facilement digestibles. Comme reconstituant l'auteur recommande le lait sous différentes formes, du riz cuit avec de la crème, des œufs crus battus avec de la limonade et à mesure que l'état du malade s'améliore, on passe à une alimentation plus solide. Les voies digestives doivent être maintenues dans un état d'asepsie relative.

La toux, quoique nécessaire, trouble souvent le repos des malades. Cinq milligrammes d'héroïne suffiront souvent pour procurer du soulagement. Contre la fièvre, l'auteur recommande :

Sirop de scille.....	ãã 30 gr.
Sirop d'éther.....	
Sirop de Tolu.....	
Vin d'ipéca.....	

Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à abaissement de la température.

Si le pouls reste trop bondissant et trop fréquent, on peut donner de la teinture de veratrum ou d'aconit pour abaisser la pression sanguine. L'auteur recommande encore les nucléines pour améliorer la nutrition générale et accroître la résistance organique aux germes pathogènes. Dans la convalescence, il est indiqué de donner les hypophosphites avec la quinine et la strychnine.

L. JUMON.

Action favorable de la radiothérapie dans la bronchite chronique et l'asthme bronchique, par THEOD. SCHILLING. (*Munch. med. Woch.*, 11 septembre 1906). — D'après l'auteur qui a essayé la radiothérapie dans sept cas de bronchite chronique et d'asthme bronchique, ce traitement a eu pour effet d'amener une amélioration notable dans l'expectoration et parfois de la faire disparaître, ainsi que l'asthme, pendant une période de deux ou trois mois. L'action des rayons sur la sécrétion pathologique des bronches ne paraît pas douteuse. Dans ce traitement l'auteur s'est servi d'une bobine de 30 centimètres. L'application des rayons a été faite sur tous les côtés, mais surtout aux points où les râles étaient plus abondants, en évitant les régions recouvertes par d'épaisses couches musculaires. Dans un cas la bronchite n'existait que d'un seul côté, le traitement a été appliqué seulement de ce côté et avec succès. La durée a été de 10 à 15 minutes en général par séance. Pour obtenir une action profonde l'auteur a employé une ampoule dure. Le traitement n'a pas entraîné d'actions désagréables sur la peau.

L. JUMON.

Nature et traitement de l'angine de poitrine, par HUGH BARBER (*The Practitioner*, sept. 1906). — L'auteur conclut que l'athérome des artères coronaires est le princi-

pal facteur de l'angine de poitrine vraie et que la meilleure explication des accès réside dans l'effort que le cœur est obligé de faire pour vaincre la résistance. Le traitement doit porter sur l'accès et sur la prophylaxie des accès.

Contre les accès, on commence de suite par des inhalations de nitrite d'amyle, en cas d'insuccès, essayer le chloroforme. Si la douleur est persistante, faire une injection de un centigramme et demi de morphine. Donner ensuite une potion stimulante d'acétate d'ammoniaque, de sirop d'éther et d'eau camphrée. On pourra alterner le nitrite d'amyle avec une ou deux gouttes de trinitrine. Parmi les médicaments contre l'accès, il faut citer encore le nitrite de soude à la dose de 0 gr. 15 à 0 gr. 60, le tétranitrate d'érythrol, l'iodure, le bromure d'éthyle, le pyridène. Dans les cas légers, faire des applications chaudes sur la région précordiale. Prescrire le repos, un régime très léger, même le lait exclusivement, l'arrow-root, éviter toutes les causes excitantes. S'il y a de la tendance à la rupture de la compensation, donner la digitale ou, si la trinitrine est nécessaire, donner de la caféine et de la noix vomique.

Pour éviter le retour des accès, régler le régime, éviter toutes les causes d'excitation : exercices physiques trop fatigants, distension de l'estomac, émotions. Le thé, le café, le tabac et l'alcool qui sont des causes excitantes, doivent être évités. Le malade portera des vêtements chauds en hiver et pour nettoyer la peau prendra des bains chauds.

Le régime se composera de poisson blanc bouilli, d'œufs peu cuits, de plats au lait, on peut permettre la viande fraîche. Le malade évitera les légumes farineux. Les repas devront être réglés, on donnera quelque tonique digestif, du colombo, de la noix vomique, l'acide chlorhydrique dilué. Contre la dégénérescence artérielle, on prescrira l'iodure de potassium en évitant soigneusement les phénomènes d'iodisme. Dans quelques cas, l'association de l'arsenic et de la strychnine a été très utile. Le bromure de potassium se recommande dans les cas névropathiques et peut être associé aux alcalins et aux toniques digestifs. S'il existe de l'anémie et une lésion valvulaire, on peut associer le fer et la digitale. Mais il faut se rappeler que la digitale peut augmenter la douleur : si la tension est élevée, on donnera de préférence la caféine et la noix vomique.

Quant aux autres variétés d'angine, on évitera les toniques dans les angines toxiques, on prescrira les bromures et un traitement général tonique dans la pseudo-angine, le repos et quelquefois les nitrites dans les affections organiques du cœur.

L. Jumon.

Traitement de l'asystolie, par Dieulafoy (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 septembre 06). — L'emploi de la digitale constitue la médication classique : il est efficace quand le rein n'est pas trop altéré. Si l'état est grave, on appliquera en outre 8 sangsues sur la région cardiaque ou le foie ; en même temps, on donnera de l'eau lactosée : on fait fondre 40 à 50 gr. de lactose dans de l'eau bouillante : le malade boit cette solution dans la journée, ainsi que du lait. On continue l'infusion de digitale (0,25 gr. pour 80 gr. par jour), pendant 5 à 6 jours. Si les urines n'ont pas augmenté au bout de 2 jours, on double la dose de digitale, et on la supprime le 4e jour si aucun effet n'a été obtenu. On recourra alors aux ponctions, aux mouchetures aseptiques des membres, et l'on remplace la digitale par la caféine en injections sous-cutanées. En même temps, on soutient le malade avec des boissons alcooliques et surtout l'infusion de maté, ou l'elixir de maté (40 à 60 gr.).

Pour éviter une nouvelle crise d'asystolie, un bon moyen est d'appliquer un cautère sur la région cardiaque. On l'applique avec la pâte de Vienne, et on empêche la cicatrisation en pansant avec une pommade épispastique et un pois à cautère. La cicatrisation se fait après 7 à 8 semaines : un peu plus tard on en met un nouveau.

L'auteur insiste beaucoup sur l'utilité de ce cautère qui rend, si on y ajoute une hygiène et un régime appropriés, de très grands services.

E. Vogt.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr Courtade

Ancien interne des hôpitaux

Le syphon d'eau de seltz et les angines, par F. Monod (*Le Journal de méd. et de chir. de Montréal*, 11 août 1906). — Voici comment l'auteur décrit l'emploi du sy-

phon d'eau de seltz qu'il recommande dans les cas d'angine à la place des gargarismes : Prenez un syphon, ayant séjourné quelques heures dans la chambre du malade afin qu'il ait pris la température ambiante — ne le chauffez pas, il éclaterait, et trop froid il ne serait pas supporté par le malade. Adaptez à son bec un tube de caoutchouc d'une longueur de 25 centimètres environ. A l'aide d'une ficelle fixez solidement le tube sur le bec du syphon. Le malade n'a plus qu'à opérer lui-même. Assis sur son lit, un cuvette sur les genoux, il introduit d'une main le tube en caoutchouc dans sa bouche, et de l'autre main maintient et appuie sur le robinet du syphon ; en appuyant plus ou moins fort, il obtient un jet plus ou moins volumineux et intense qu'il peut diriger sur le fond de la gorge enflammée.

Le malade tient la bouche ouverte, la tête penchée sur la cuvette, de sorte que l'eau du syphon ressort après avoir balayé les amygdales et le pharynx. S'il se produit un vomissement, celui-ci a une action plutôt utile. Le malade se sent soulagé dès le premier lavage qu'il peut répéter toutes les demi-heures ou toutes les heures.

L. JUMON.

Emploi de la méthode de Bier dans la fièvre des foins, par MULLER (*Therap. Monatshefte* septembre 1906). — L'auteur dispose d'une seule observation ; il s'agit d'une femme de 21 ans, traitée inutilement par la pollantine, l'année précédente. L'application de la bande élastique provoqua, déjà au bout d'une demi-heure, une amélioration marquée : les accidents avaient disparu au bout d'une heure. Par prudence, on laisse la bande en place pendant quelques heures encor : la fièvre des foins disparut pendant 3 jours. Le 4e jour, nouvel accès très atténué et rapidement enrayé par la bande.

Deux autres accès ultérieurs ne durèrent pas et la malade resta entièrement débarrassée de sa rhinite.

E. VOGT.

Emploi de l'iothion en otologie, par BERLINER (*Therap. Monatshefte*, sept. 1906). — L'auteur combat les bourdonnements d'oreille, aussi bien en cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne, qu'en cas de sclérose, par des onctions du processus mastoïde avec une pommade à base de vaseline, contenant 10 0/0 d'iothion : on emploie à chaque application la valeur d'un pois de pommade. Dans quelques cas, les bourdonnements ont entièrement disparu, dans d'autres, ils se sont beaucoup atténués.

Quelques-uns de ces cas avaient été auparavant traités sans succès par divers procédés, le massage électrique compris.

E. VOGT.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Le traitement de Finsen à la clinique dermatologique de Berne, par JADASSOHN (*Cor. Bl. f. Schweizer Ærzte*, 1er septembre 06). — En dehors des résultats connus dans les diverses formes de lupus, ne différant guère de ceux obtenus ailleurs, il y a lieu d'attirer l'attention sur l'action de ce traitement dans les cas de pigmentation anormale de la peau. Des séances de courte durée exercent sur ces pigmentations (éphélides, chloasma, etc.), les mêmes effets que les pâtes fortes à la résorcine avec cet avantage que l'exfoliation de la partie pigmentée ne laisse pas après elle une surface présentant de l'exsudation : la peau reste sèche, à peine rouge, et cette rougeur disparaît bientôt pour faire place à un aspect normal.

E. VOGT.

Nœvus vasculaire guéri par le collodion élastique, par D. PALMER (*Merck's Archives*, août 1906). — Bien que la rétractibilité du collodion élastique soit un obstacle à son emploi comme matière de protection, on peut cependant l'utiliser pour réduire les exubérances vasculaires, surtout les nœvi saillants. Dans un cas où le collodion élastique fut essayé le nœvus faisait saillie entre les grandes lèvres au-dessus du clitoris. Il s'agissait d'une petite fille âgée de sept ans. La situation du nœvus interdisait toute intervention chirurgicale et la plupart des moyens proposés pour le détruire. Comme traitement entraînant le moins d'inconvénients on eut recours à des applications quotidiennes de collodion élastique à l'aide d'un pinceau. Il restait à voir si ce traitement, qui n'avait jamais été essayé, donnerait quelque résultat. L'ap-

plication du collodion ne fut suivie ni d'hémorragie ni de douleurs, mais le nœvus fut rapidement réduit de volume, par suite de la forte compression exercée sur la production par la rétraction du collodion. L'enfant fut examinée plusieurs années après ce traitement et le nœvus n'avait pas reparu.

L. JUMON.

Un traitement abortif des furoncles, par A. VIKENTIEV (*Vratchébnaya Gazeta* 1906, n° 35). — L'auteur a recours, pour faire avorter des furoncles au début de leur développement, à un procédé dont le succès ne se serait encore jamais démenti. Il comprend trois opérations successives : le nettoyage de la surface enflammée, l'application temporaire d'une compresse d'alcool et, enfin, un pansement à la mousse de savon de potasse.

On commence donc par savonner énergiquement le furoncle à la teinture de savon postassique, on lave ensuite avec de l'alcool à 40 ou 50° et on étend, sur la lésion, une couche, aussi mince que possible, de coton hydrophile imbibée d'alcool à 40 ou 50°, qu'on maintient en place jusqu'à complète évaporation du liquide. Finalement, on savonne encore, mais cette fois on laisse sécher la mousse savonneuse sur le furoncle qu'on ne recouvre d'aucune pièce de pansement.

Dans la majorité des cas, une seule intervention, telle qu'elle vient d'être décrite, suffirait pour faire rétrocéder des furoncles non encore suppurés. Parfois seulement, on se voit obligé de répéter les manœuvres susindiquées.

Le furoncle est-il déjà trop avancé pour qu'on puisse le faire avorter, le procédé de l'auteur n'en serait pas moins utile en ce sens qu'il réduirait au minimum l'étendue de la suppuration.

V. DE HOLSTEIN.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Traitement externe de la blennorrhagie par l'arhovine, par KARL (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 17 septembre 1906). — L'auteur préconise l'emploi de ce produit, composé de diphénéylamine et d'acide thymolbenzoïque éthérifié : c'est un liquide à odeur aromatique, insoluble dans l'eau, que l'on injecte en solution dans de l'huile d'olives, à la dose de 1 à 5 0/0 ; on peut aussi se servir de bougies (0,05 d'arhovine pour 1 gr. de beurre de cacao).

Un des avantages de la solution huileuse consiste, pour l'auteur, dans le fait qu'elle pénètre plus aisément dans les plus petits replis de la muqueuse uréthrale.

L'arhovine possède des propriétés bactéricides énergiques et n'est pas irritante aux doses ci-dessus indiquées : on peut aussi, dans les cas où les injections ne sont pas utilisables, donner le produit à l'intérieur, en capsules contenant chacune 0 gr. 25 de principe actif (1 à 2 capsules, 3 à 6 fois par jour).

E. VOGT.

La teinture d'iode et les gonocoques, par DAVYDOV (*Voïenno méd. journ.* juin 1906.)

L'auteur conseille le traitement abortif de la blennorrhagie par la teinture d'iode qui, employée suivant sa méthode, serait inoffensive. Sur 32 cas, la guérison est survenue en moyenne vers le quinzième jour, sans récidive : un malade a guéri au bout de douze jours et un autre au bout de trente-et-un jours.

Les injections sont faites deux ou trois fois par jour, avec une solution composée de cinq gouttes de teinture d'iode pour 180 grammes d'eau distillée : quand l'écoulement ne tend pas à diminuer vers le deuxième jour, on augmente le titre de la solution jusqu'à dix gouttes de teinture d'iode pour 180 grammes d'eau distillée.

Quand l'écoulement a cessé on fait des injections avec une solution contenant 1 gr. de sulfophénate de zinc et 1 gramme d'acétate de plomb pour 180 grammes d'eau distillée. Pendant tout le temps du traitement on administre six doses de 0 gr. 50 de salol par jour : si l'écoulement est très abondant et verdâtre, on remplace le salol par une décoction d'uva-ursi.

Si les injections de teinture d'iode sont trop douloureuses au début, on peut se borner à donner du salol les cinq ou six premiers jours, mais alors la guérison est généralement retardée, et elle ne vient guère alors qu'au bout d'un mois.

M. DESCHAMPS.

Prolapsus de la muqueuse de la vessie à travers l'urètre chez la femme, par VILLAR (*Arch. prov. de chirurgie*, juin 1905). — A

propos d'un cas qu'il a opéré avec succès par la voie sus-pubienne, l'auteur retrace l'histoire de cette affection rare et encore incomplètement décrite. La malade se plaint d'abord d'avoir de la difficulté à uriner ; le jet s'interrompt pour reprendre ensuite ; on peut observer même des crises de rétention ; il y a surtout de la douleur lombaire après la marche. Au bout d'un certain temps apparaît à la vulve une tumeur rouge globuleuse, quelquefois saignante, faisant saillie par l'orifice de l'urètre ; elle est molle et facilement réductibe : tout autour d'elle, on peut faire pénétrer une sonde dans la vessie. Quand la tumeur fait saillie au dehors, elle provoque des douleurs dont l'intensité et la ténacité retentissent sur l'état général.

Le diagnostic est difficile au début, quand la tumeur n'est pas sortie ; quand elle est prolabée au dehors, il faut la distinguer du polype de l'urètre, dont on peut découvrir le pédicule adhérent à la paroi du canal ; les polypes de la vessie sont durs ou résistants ; le prolapsus de la muqueuse urétrale présente l'orifice du méat au centre de la tumeur ; dans la hernie totale de la vessie, on voit les orifices urétéraux.

Le pronostic est sérieux, à cause des douleurs et de la cystite. L'auteur admet comme pathogénie une laxité spéciale de la muqueuse avec une dilatabilité très prononcée du col et de l'urètre.

Le seul traitement logique, c'est l'ablation de la tumeur, pratiquée soit par la voie sus-pubienne, soit, de préférence, par les voies naturelles, en dilatant l'urètre et en sectionnant le pédicule après ligature ; les lèvres des moignons doivent être affrontées au catgut fin. La voie transvésicale ne doit être tentée que lorsque la tumeur est trop volumineuse, la base d'implantation très large et l'urètre mal dilatable.

M. Deschamps.

Traitement de la cystite blennorrhagique, par Desnos (*Journal des Praticiens*, 12 mai 1906).

La cystite blennorrhagique peut être provoquée, soit par une congestion intense de la prostate et du col vésical, à la suite d'érections prolongées, de pollutions, de masturbation, de libations, soit par une cause mécanique, telle que le refoulement du gonocoque vers la vessie par l'introduction d'une bougie ou d'une sonde, par une injection trop abondante et poussée trop violemment. Les grands lavages au bock sont moins dangereux car les éléments microbiens sont noyés dans le liquide et peuvent peu agir sur la muqueuse vésicale. La cystite blennorrhagique s'accompagne toujours de prostatite plus ou moins accentuée.

Il ne faudra donc sonder un blennorrhagique qu'en cas de rétention, et apprendre aux malades à pratiquer convenablement les injections ou les grands lavages : les injections ne doivent pas franchir l'urètre membraneux ; telles sont les mesures prophylactiques de la cystite chez un blennorrhagique.

Dans la forme aiguë, on doit proscrire l'alcool sous toutes ses formes et les aliments excitants, diluer l'urine par des boissons délayantes, tisanes diurétiques et alcalines, interdire les balsamiques. On verra si la vessie se vide en pratiquant le cathétérisme avec une sonde molle : s'il n'y a pas de résidu on instillera 20 gouttes de nitrate d'argent à 1/100 ou de protargol à 10/100, au niveau du col et dans l'urètre prostatique ; s'il y a un résidu on fera des lavages après évacuation à la sonde molle, une ou deux fois par jour : ces lavages seront faits avec une solution de permanganate ou d'oxycyanure de mercure de $\frac{1}{3000}$ à $\frac{1}{5000}$, ils ne seront pas prolongés et on n'introduira pas dans la vessie une quantité de liquie plus grande que la quantité d'urine évaquée.

Dans la forme chronique, il faut encore prescrire le régime alimentaire, mais supprimer les alcalins et donner des balsamiques. Localement, on videra la vessie s'il y a un résidu et on fera des lavages avec une grosse sonde en introduisant à chaque coup une petite quantité de liquide dans la vessie (oxycyanure à 1/4000, ou acide borique, ou eau bouillie), 50 à 60 grammes au maximum. Si on veut modifier la muqueuse vésicale, on emploiera le nitrate d'argent à 1/1000 ou 1/500, le protargol à 4/1000, le permanganate à 1/1000, l'eau oxygénée étendue de 6 à 8 fois son volume d'eau dans les cystites putrides ; dans ce cas, on introduira une plus grande quantité de liquide à chaque fois, mais très doucement, en s'arrêtant dès que l'envie d'uriner se fait sentir, et en laissant la solution antiseptique un peu de temps dans la vessie.

On surveillera en même temps, les reins,

quand l'affection aura tendance à se prolonger.

M. Deschamps.

Sur le traitement chirurgical des tumeurs vésicales, par Trembelin (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 10 mai 1906). — Les papillomes de la vessie récidivent fréquemment dans la suite sous forme de tumeurs malignes : il faut donc enlever largement toutes les tumeurs de la vessie même bénignes, en circonscrivant la base d'implantation : l'ablation ne peut être complète qu'en opérant par la taille sus-pubienne. Elle peut être faite avec l'anesthésie rachidienne. La statistique de l'auteur porte sur 19 cas de cancer vésical, 6 cas étaient dûs à une récidive maligne d'un papillome.

M. Deschamps.

Opération radicale pour tumeur maligne de la vessie, par Ashton Berg (*Annals of Surgery*, XL., p. 382). — L'auteur a enlevé radicalement deux tumeurs malignes de la vessie avec ablation des ganglions par un procédé qu'il décrit : dans les deux cas, le résultat a été satisfaisant.

Avant l'opération on met deux sondes dans les uretères pour servir de conducteurs pendant la dissection des lymphatiques et des ganglions envahis par le processus cancéreux. Le malade est mis en inversion et on fait une laparotomie médiane sus-pubienne, on récline et protège l'intestin et on incise le péritoine au niveau du cul-de-sac de Douglas : la lame péritonéale est alors disséquée soigneusement le long des parois latérales du bassin, en avant de la bifurcation des iliaques. Les uretères sont disséqués aisément grâce au cathéter qu'ils contiennent : les ganglions malades et les traînées lymphangitiques sont disséqués et enlevés : si l'uretère est envahi par le cancer on réséque la partie malade, et on réimplante ensuite le bout supérieur dans la vessie après avoir enlevé la tumeur.

Lorsque l'évidement est fait, on met un tampon de gaze dans la plaie pour bien protéger la cavité péritonéale et on ouvre la vessie : la surface ulcérée du néoplasme est cautérisée et celui-ci est enlevé complètement et largement. La vessie est ensuite refermée, les uretères réimplantés s'ils ont été réséqués, et on draine soit par le vagin, soit par le périnée s'il s'agit d'un homme ; le lambeau péritonéal est attiré en avant et suturé de façon à cloisonner le petit bassin en le séparant de la grande cavité péritonéale. L'abdomen est refermé sans drainage de ce côté.

M. Deschamps.

Vésiculite séminale subaiguë ou chronique (forme catarrhale), par J. Wietse (*Albany médical J.* sept. 1906). — Il s'agit d'une affection qui peut survenir en dehors de toute cause sexuelle, chez des sujets neurasthéniques, chez des individus qui font abus de l'alcool et du tabac, enfin chez ceux qui vont beaucoup à bicyclette ou à cheval. L'affection se traduit par de la douleur souvent localisée au col de la vessie, par des troubles dans la sphère sexuelle, érections, éjaculations et par des symptômes urinaires, mictions fréquentes, brûlure au col de la vessie. Au toucher, on constate le gonflement et la douleur des vésicules, dont le contenu s'évacue facilement. Le sédiment urinaire contient d'ailleurs, habituellement des spermatozoïdes. Pour remédier à cette affection, l'expression des vésicules séminales proposée par E. Fuller, joue un grand rôle et constitue le seul traitement rationnel dans ce cas. Dans un petit nombre de cas, les vésicules sont si profondément atteintes, qu'il faut recourir à un traitement opératoire. Le massage améliore le plus grand nombre de cas où il est indiqué et procure généralement la guérison. Le chirurgien doit d'abord exercer par l'habitude la sensibilité de son doigt, afin de savoir ce qu'il sent et ce qui est lésé.

Le massage doit être pratiqué la vessie étant pleine, car alors, les vésicules sont plus proéminentes et plus accessibles au doigt, lorsque la vessie est dans cet état. Le malade se plaçant les jambes écartées, les mains reposant sur le dossier d'une chaise, l'opérateur introduit l'index droit dans le rectum, tandis qu'avec la main gauche il exerce une contre-pression de manière à refouler le contenu du bassin vers le périnée. L'index droit sent d'abord la base de la prostate, puis est enfoncé jusqu'à la jonction des vésicules et de la prostate. Les vésicules sont alors suivies avec le doigt aussi loin que possible vers l'extrémité postérieure : c'est alors qu'on procède à l'expression par la pression du doigt sur le conduit éjaculateur dans l'urètre prostatique. On répète plusieurs fois la manœuvre selon le degré de la sensibilité. A mesure que l'amélioration se produit, on augmente la force et la durée des séances, qui sont faites à trois ou cinq jours de distance.

Beaucoup de malades n'ont pas besoin d'autre traitement. D'autres ont besoin de toniques ou d'un traitement interne, suivant les indications. Il faut éviter le traitement uréthral qui n'a aucune valeur et peut être nuisible s'il est irritant.

L. JUMON.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Traitement de la dysménorrhée, par AMAND ROUTH (*Britis. med. J.*, 4 août 1906). — Le traitement consiste à supprimer ou à modifier les causes constitutionnelles ou locales et jusqu'à ce qu'on puisse y arriver à calmer les douleurs. La dysménorrhée de cause obstructive doit être traitée par les sédatifs pendant les périodes, et dans l'intervalle par les moyens propres à supprimer la cause de l'obstruction : incision ou dilatation suivant les cas. L'auteur donne la préférence à la dilatation rapide pendant l'anesthésie. Dans l'obstruction relative, due à la difficulté d'expulsion des caillots dans les cas de rétroversion, il faut d'abord réduire l'utérus, ou faire un curetage et donner de l'ergot entre les périodes pour préparer l'involution. On interrompt la médication trois jours avant les règles.

La dysménorrhée membraneuse doit être traitée par la dilatation rapide et le curetage, suivis de l'introduction de bougies avant les règles pendant quelques mois. Deux ou trois jours avant les règles on donnera un laxatif, qui atténue le spasme. Dans les formes nerveuses, spasmodiques, le traitement est plus médical que chirurgical.

La dysménorrhée membraneuse doit être tous les cas. Le repos physique et physiologique, l'exercice modéré en plein air, un régime régulier, les laxatifs et les bains sont les moyens les plus importants à mettre en œuvre. Chez les anémiques, le traitement peut beaucoup améliorer l'état général contre les paroxysmes : l'auteur recommande un mélange d'antipyrine, de phénacétine et de citrate de caféine, ou encore un gramme d'aspirine, s'il y a un fond goutteux ou rhumatismal. L'exalgine, l'acétanilide sont souvent utiles. L'apiol commencé trois jours avant les règles peut rendre de grands services. Si les extrémités sont froides, s'il y a des frissons, on pourra faire faire des inhalation de nitrite d'amyle ou donner de la trinitine. Il faut éviter l'alcool, l'opium ou le choral surtout chez les femmes nerveuses. Si le traitement échoue on pourra recourir à la dilatation utérine rapide ou graduelle. Chez les femmes qui ont un fibrome ou des lésions pelviennes, il faudra diriger un traitement local suivant les cas. Quant au traitement nasal de la dysménorrhée, l'auteur le rattache à la suggestion et n'est guère disposé à le recommander.

Dans la dysménorrhée congestive, la douleur ne cède pas facilement aux antispasmodiques, sauf à la cannabis indica ou à l'hydrastis, la belladone et le bromure de potassium associés : on favorise les règles par un bain de pieds chaud sinapisé ou l'application de la chaleur sur la région hypogastrique. Le calomel et les sudorifiques sont indiqués dans ces cas.

Pour combattre la congestion pelvienne, il faudra d'abord traiter les déplacements utérins, prolapsus ou rétroversion, puis on prescrira des injections vaginales chaudes additionnées de borate de soude ou de teinture d'iode. Dans les cas rebelles, on pratiquera une saignée sur le col une fois par semaine : on emploiera les tampons glycérinés.

Il est plus difficile de traiter la dysménorrhée ovarienne. Cependant, on peut souvent atténuer les douleurs par un certain nombre de médicaments employés dans ce but et par les bromures et la nitroglycérine. En résumé, il faut dans le traitement de la dysménorrhée apporter autant de soin à découvrir les causes locales qu'à agir sur l'état général.

L. JUMON.

Traitement de la fièvre puerpérale par le collargol, par BUBERL (*Wiener Klin. Wochenschrift*, n° 20, 1906). — Dans ce travail fait à la clinique de Chrobak à Vienne, l'auteur montre que dans un tiers des cas, le collargol a indubitablement rendu de grands services ; dans un autre tiers, le résultat fut négatif.

Des trois procédés d'incorporation, voie cutanée, intra-rectale, intra-veineuse, c'est à cette dernière qu'il faut donner la préférence.

Le collargol influence la fièvre et les troubles nerveux, ainsi que toutes les fonctions en général.

L'onguent employé était dosé à 15 0/0, les lavements consistaient en 5 à 10 ccm. d'une solution à 1-2 0/0 administrés une ou deux fois par jour.

Pour les injections intra-veineuses : on utilise la seringue de Pravaz : le lieu d'élection a été toujours la veine cubitale, non mise à nu au préalable. On n'observa jamais d'accidents locaux ni de thrombose (31 injections ont été faites en tout).

E. VOGT.

Pharmacologie

Dr E. VOGT
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Un nouvel emploi de l'apioline, par TEODORESCU (*Bull. de la Soc. des méd. et naturalistes de Jassy*, août 1906). — L'auteur recommande l'extrait de fruits du *petroselinum sativum* dans le traitement des coliques utérines post partum. Il prescrit :

Apioline (Merck).....	0 gr. 20
Menthol	0 gr. 30
Sucre en poudre.....	2 gr.

Divisez en 6 capsules. On prend ces 6 capsules en 2 heures, les 3 premières toutes les 10 minutes, les 3 dernières toutes les demi-heures.

D'ordinaire, les effets analgésiques se manifestent une demi-heure après l'absorption des trois premières capsules. Le premier indice d'amélioration, est la diminution de l'intensité de la douleur, qui cesse dans l'intervalle de 3 à 5 h. ; pendant tout ce temps, les contractions se maintiennent mais leur perception devient sourde, moins régulière, peu gênante, jusqu'à ce que l'on constate que les douleurs ont complètement cessé : l'auteur obtint ce résultat 10 fois sur 17.

E. VOGT.

De l'emploi thérapeutique des oxydases et des métaux en solution colloïdale, par SÉE (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 août 1906). — On sait que les oxydases sont des ferments qu'on rencontre dans le sang et les tissus : on suppose qu'elles favorisent la combustion de diverses substances apportées par l'alimentation et destinées à fournir l'énergie nécessaire à l'organisme. La quantité d'oxydases contenues dans les tissus est d'autant plus grande qu'ils sont le siège de phénomènes de nutrition plus intenses : elle est surtout marquée dans les organes en voie de croissance.

On divise les oxydases en deux classes : les directes, qui portent sur les corps oxydables, l'oxygène libre : les indirectes, qui n'agissent qu'en présence de peroxydes, tels que l'eau oxygénée.

Il existe enfin des réductases, mais certains auteurs estiment que ces ferments sont identiques avec les oxydases et qu'il n'y aurait, dans les tissus, qu'une seule diastase qui serait oxydo-réductrice.

Certains états (chroniques surtout), semblent liés au mauvais fonctionnement des ferments oxydants, qui pêcheraient par la quantité ou la qualité. En outre, dans certains états infectieux, il y a accumulation de toxines microbiennes et lutte entre les oxydases et les toxines qui retardent l'activité physiologique des diastases.

Parmi les états chroniques, la goutte est peut-être justiciable d'un processus de ce genre : l'arthritisme et l'albuminisme sont dans le même cas. Toute cette question demande des études plus approfondies.

Le rôle des oxydases dans les états infectieux aigus est mieux connu : la leucocytose représente le plus puissant moyen de défense de l'organisme contre les toxines et les globules blancs sécrètent certainement des oxydases.

Au cours de la pneumonie, il se fait une décharge considérable d'acide urique au moment où la défervescence va se produire ; l'organisme, en augmentant ses actes d'oxydation, a triomphé de l'infection microbienne. Sous l'influence des oxydases introduites dans l'organisme, des effets analogues se produisent : A. Robin et Bardet ont reconnu que le meilleur procédé d'administration est l'injection sous-cutanée. Mais, comme l'extraction des ferments solubles est une opération très délicate, il est préférable de s'adresser aux métaux colloïdaux, préparés par voie électrique. Les solutions les plus concentrées contiennent 1 gr. de platine par 1.300 litres d'eau.

Cette méthode nouvelle, actuellement à l'étude, semble devoir prendre une place importante en thérapeutique.

E. VOGT.

Remarques concernant l'emploi pratique de l'isoforme, par HEILE (*Deutsche med. Wochenschrift*, 30 août 1906). — L'auteur a reconnu que l'iodoforme n'agit comme antiseptique que si l'oxygène de l'air n'a pas grand accès sur la plaie traitée : il faut un mélange intime entre l'iodoforme avec les tissus pour que le produit actif, sans doute le diiodacétylidène, prenne naissance. L'iodoforme ne saurait donc détruire les bactéries incluses dans les pièces

de pansement, et son effet sur les plaies superficielles n'est que celui d'une poudre siccative. Dans ces conditions, il n'est pas plus antiseptique que le dermatol, poudre absolument indifférente, qui rend de grands services comme topique siccatif mais ne saurait s'opposer à l'évolution de processus gravement infectieux (chancre mou p. ex.).

L'isoforme se décompose plus aisément que l'iodoforme : dès qu'il entre en contact avec des bactéries ou du pus, la décomposition s'effectue. Le topique produit sur les plaies fraîches un effet caustique, mais l'escarre en tombant permet de reconnaître la présence de granulations de bonne nature. Toutefois, tant qu'elle adhère encore, la plaie a mauvais aspect et le praticien est en général un peu effrayé d'un tel résultat. Il faut se servir de poudres ne contenant que 2 0/0 d'isoforme : dans ces conditions, l'effet caustique ne s'observe pas.

Le produit, bien qu'étant un bactéricide énergique, n'est pas toxique à des doses courantes : l'auteur conseille cependant de ne pas saupoudrer trop abondamment de larges surfaces absorbantes.

A l'intérieur, on peut donner 2 à 3 gr. d'isoforme par jour.

Alors que l'iodoforme irrite parfois la peau saine, l'isoforme n'a pas cet inconvénient.

Pour obtenir un topique maniable, il est bon de faire un mélange contenant 5 0/0 d'isoforme, et pour le reste du phosphate de chaux, de l'oxyde de zinc, etc. De cette façon, on verra que dans nombre de cas l'isoforme peut avantageusement remplacer l'iodoforme.

E. VOGT.

La graisse de mouton comme constituant pour pilules ne devant pas agir dans l'estomac, par W. JAWORSKI (*Przeglad lekarski*, 4 août 1906). — Le délicat problème qui consiste à faire ingérer des médicaments de façon à éviter leur action sur l'estomac, se résoudrait fort simplement, d'après Jaworski, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Kracovie, au moins pour certains cas, par l'administration de ces médicaments en pilules dont la graisse de mouton constituerait la masse. Comme l'auteur a pu s'en convaincre par une cinquantaine d'observations cliniques, ces pilules permettent d'éviter toute irritation de l'estomac par les substances médicamenteuses qui y sont incorporés. Surnageant dans le contenu liquide de l'estomac où elles ne fondent pas ni ne se dissolvent, elles passent directement dans l'intestin où les médicaments qu'elles contiennent sont résorbés. L'auteur a administré de la sorte l'iodure de potassium, le sulfate d'atropine, l'acide salicylique, le calomel, la podophylline, le jalap, etc. Dans tous les cas, le médicament apparaissait rapidement dans les urines. Avec l'atropine ingérée de cette façon, on voyait les pupilles se dilater au bout d'une période de temps variant entre deux et dix heures.

Les médicaments qu'il y aurait lieu d'administrer en pilules formées de graisse de mouton, pour qu'ils puissent passer dans l'intestin sans irriter l'estomac, seraient surtout l'arsenic, le mercure, les préparations de calcium, de zinc et d'alun, le phosphore jaune et les produits organiques, tels que phénol, acides benzoïque, salicylique et tannique, baume de copahu, cubèbe, gaïacol, etc.

En prescrivant ces pilules, le médecin aura soin de spécifier, dans son ordonnance, que le pharmacien ne devra employer que de la graisse de mouton, fusible à 45° et non au-dessous de cette température. Chaque pilule contiendra, au maximum, dix centigrammes de graisse de mouton avec même quantité de substance médicamenteuse. S'agit-il de préparer des pilules ne renfermant que peu de substance active, par exemple un centigramme, on fera bien d'y ajouter quelques centigrammes d'une poudre inerte (magnésie calcinée, poudre de réglisse). Le pharmacien ne négligera pas, non plus, de saupoudrer les pilules de lycopode ou de magnésie calcinée.

V. DE HOLSTEIN.

Emploi de l'alcool à l'extérieur en cas de processus inflammatoires, par RAPHAEL (*Therap. Monatshefte*, septembre 1906. — Il y a lieu d'être prudent avec ces applications chez les enfants, car l'inhalation de vapeurs alcooliques peut provoquer chez eux des accidents sérieux : chez tous les autres malades, la méthode n'offre pas d'inconvénients.

On se sert d'alcool à 90-95° dont on imbibe un gâteau d'ouate : par-dessus, une feuille de tissu imperméable.

Huit cas d'appendicite ainsi traités ont donné un décès : l'application de compresses a été, selon les cas, continuée pendant 2 à 6 semaines : si la peau s'irrite, on applique pendant un jour du salicylate de bismuth et l'on peut reprendre ensuite sans

inconvénient les compresses. Dans tous les cas, les douleurs disparaissent rapidement; la toxémie se manifestant par des céphalées et de l'insomnie furent modifiées et ces symptômes cédèrent de suite, la température baissa, le pouls se releva. Les compresses d'alcool favorisent nettement la formation de tissus de granulations, comme on peut aisément s'en assurer dans les cas de mastite. Les phlegmons et panaris guérissent rapidement, et l'on peut faire entrer en régression des adénopathies cervicales étendues.

En cas d'affections cutanées, on fera toujours bien de nettoyer minutieusement à l'alcool les points malades, avant d'appliquer une pommade : celle-ci pénétrera bien mieux, grâce à cet expédient, et les injections d'alcool sont capables de transformer rapidement les nævus en un tissu cicatriciel de coloration normale.

Les lavages intra-utérins avec de l'alcool à 45-50 0/0 donnent d'excellents résultats dans des cas de rétention des membranes, de fièvre puerpérale. On fait passer lentement, à chaque séance, 200 à 300 ccm. dans la cavité utérine. Si la solution est bien supportée, on s'adresse à l'alcool à 90° : dans ce cas, on protège les organes génitaux externes par de la vaseline. On termine, en plaçant dans le vagin un tampon imbibé d'alcool, et en appliquant sur l'abdomen une compresse à l'alcool.

L'auteur enfin, a appliqué des compresses, sur l'abdomen de deux typhiques présentant de la péritonite par perforation ; dans un cas, celle-ci s'était faite dans la vessie. La guérison fut obtenue.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Organisation des services de désinfection. — *Le Journal officiel* du 19 juillet 1906 a inséré un décret portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection.

En vue d'assurer l'organisation et le fonctionnement de ce dit service, aussi bien dans les villes de plus de 20.000 habitants où un bureau d'hygiène doit être organisé, que dans l'ensemble des communes de moins de 20.000 habitants placées, au point de vue de l'hygiène, sous la dépendance d'un service départemental dont la loi sur la santé publique prescrit la création, le Ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire leur rappelant de prendre toutes les mesures dépendant d'eux pour préparer dans le plus bref délai possible la mise en œuvre de la loi.

Faculté. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Un cours complet de dermatologie et de vénéréologie aura lieu du 15 octobre au 20 décembre, tous les jours, à l'hôpital Saint-Louis. Ces cours seront faits, sous la direction du Pr Gaucher, par MM. Balzer, de Beurmann, Castex, Queyrat, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Ed. Fournier, Milian, Terrien, Lacapère, Cathelin, Paris, Sabatié. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 h. Droit à verser, 150 francs.

Conseil supérieur de l'assistance publique. — M. le Professeur Pozzi est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique de Paris, en remplacement de feu M. le Professeur Brouardel.

Organisation d'une société de médecine militaire française. — Le Ministre de la Guerre, d'accord avec ses collègues de la Marine et des Colonies, a approuvé la création d'une Société de médecine militaire française, dont le but exclusif est de concourir, par l'étude en commun des questions d'hygiène, de médecine et de chirurgie intéressant le service de santé des armées de terre et de mer, au développement scientifique des différents corps de médecins militaires.

La Société aura son siège à Paris, à l'Ecole d'application du service de santé de l'armée de terre (Val de Grâce) et elle comprendra : 1° des membres titulaires ; 2° des membres associés ; 3° des membre correspondants.

Corps de santé des troupes coloniales. — Un décret vient de fixer les effectifs des médecins et pharmaciens des troupes coloniales, sauf ceux des médecins inspecteurs généraux et médecins inspecteurs ainsi que ceux qui seront établis par une loi spéciale. D'après ce décret, le nombre des officiers du corps de santé est le suivant pour chaque grade : médecins principaux de 1re classe, 12 ; médecins principaux de 2e classe, 18 ; médecins-majors de 1re classe, 88 ; médecins-majors de 2e classe, 175 ; médecins aides-majors de 1re et 2e classe, 141 ; pharmacien principal de 1re classe, 1 ; pharmaciens principaux de 2e classe, 2;

pharmaciens-majors de 1re classe, 5 ; pharmaciens-majors de 2e classe, 19 ; aides-majors de 1re et 2e classes, 19.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Dozoul (de Barrême) ; Clair et Vigné, médecins sanitaires maritimes ; Raybaud (de Marseille) ; Tollemer, chef du laboratoire de diphtérie à l'hôpital Bretonneau ; Kirode Ghondor Palit et Ashu Tosh Dutt, médecins indigènes à Chandernagor ; Delamourd, officier de santé indigène, chargé du service sanitaire de Chandernagor ; Coppin, médecin-major de première classe des troupes coloniales ; Conseil, interne à l'hôpital Ladriko à Tunis.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Desuet (d'Hersin-Coupigny) ; Robin (de Pantin) ; Boinot, interne à l'hôpital des Enfants-Malades ; Kuts, interne à l'hôpital Lariboisière ; Halbron, interne à l'hôpital Trousseau ; Chastagnol, interne provisoire à l'hôpital Boucicaut ; Boivin, interne provisoire à l'hôpital des Enfants-Malades ; Collin, interne provisoire à l'hôpital Hérold ; Roussel, externe à l'hôpital de la Pitié ; Axenier et Cottard, externes à l'hôpital Saint-Antoine ; Duru, externe à l'hôpital Lariboisière ; Faugeron, externe puis interne des hôpitaux de Rouen, chargé du service des varioleux.

BIBLIOGRAPHIE

Effets obtenus par la balnéation carbo-gazeuse (spécialisation fonctionnelle de Royat), chez les malades hypertendus et les insuffisants du cœur, par L. Landouzy, Professeur de la Clinique Laënnec à la Faculté de Médecine de Paris, et Jean Heitz, ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant à Royat, 1 brochure gr. in-8° avec 58 figures et tracés, 2 francs.

Le but de cette étude purement basée sur des constatations cliniques, a été d'appeler l'attention des praticiens sur les résultats qu'on peut attendre de l'emploi des bains carbo-gazeux de Royat, chez les malades atteints de troubles cardio-vasculaires et particulièrement chez les malades hypertendus et chez les cardiopathes dont la capacité fonctionnelle se trouve anormalement diminuée.

Les auteurs insistent sur ce fait que cette thérapeutique, dans leur pensée, doit s'adresser non pas *aux affections du cœur*, mais *aux cardiopathes*, à des cardiopathes particuliers, à des malades du cœur et des vaisseaux se présentant dans certaines conditions cliniques. C'est la recherche de ces conditions que MM. Landouzy et Heitz poursuivent en se basant sur leurs observations personnelles. Ils donnent en outre des renseignements succincts sur l'action de ces bains carbo-gazeux sur l'organisme en général et sur le fonctionnement de l'appareil circulatoire.

La médication iodique, par le Dr Joseph Noé, ex-chef de Laboratoire de la Faculté de médecine, 1 opuscule in-8° carré, de 47 pages. Prix : 1 fr. 50. (Librairie Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris).

Les *Actualités thérapeutiques*, que vient de fonder le Dr J. Noé, constitueront une une Bibliothèque de pharmacothérapie, destinée, par la publication de monographies, à tenir le médecin au courant des médicaments nouveaux et des médications récentes.

Le N° 1 de cette nouvelle collection est consacré à l'étude comparative des diverses formes de la médication iodique et de leurs indications respectives. L'auteur étudie successivement la médication iodurée, la médication iodo-organique (dont le type est l'iodothyrine) et la médication iodée proprement dite. Cette étude, à la fois critique et originale, a surtout pour but de spécifier les indications particulières, subordonnées à l'action pharmacodynamique propre qui caractérise chaque préparation iodée.

L'iodure relève surtout d'influences physiques et doit être considéré comme un médicament d'urgence, devant être employé

contre les effets des maladies, contre les accidents aigus ou subaigus et à titre de traitement curatif. C'est un dépuratif d'ordre mécanique. L'iode et les substances iodées sont des médicaments spécifiques du tissu lymphoïde. On doit les considérer comme des dépuratifs d'ordre biologique. Les iodalbuminoïdes artificiels diffèrent, chimiquement et physiologiquement, des iodalbuminoïdes de l'économie ; ils ne répondent pas à de l'iode physiologique ou plus assimilable.

L'auteur aboutit à cette conclusion que le but de la médication iodée organo-minérale est satisfait par la médication iodo-tannique et recommande une forme granulée stable. Enfin, il montre que les accidents qualifiés d'iodisme sont des accidents d'*iodurisme* et propose de substituer ce dernier terme au premier.

Le rein mobile, par le Dr F. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-18 de 96 pages avec figures, cartonné : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris).

Le rein mobile est une affection très commune, surtout chez la femme. Ce n'est pas une maladie locale, mais la manifestation locale d'une maladie générale.

Le Dr Legueu passe en revue dans le petit volume qu'il publie dans les *Actualités médicales* les sujets suivants :

Le rein mobile et les éléments de fixation du rein. Les lésions. Les causes. Clinique. Diagnostic. Complications : appendicite, hématurie, néoplasme, tuberculose, hydronéphrose, etc.

Le traitement du rein mobile vient ensuite et forme la partie principale du volume. Après quelques pages sur le bandage et le massage, le Dr Legueu étudie l'opération de la néphrorraphie. Il décrit en détail le procédé modifié de Guyon, auquel il a recours habituellement, puis les suites opératoires.

Il termine par l'étude du rein mobile compliqué.

Le Dr Legueu avait une compétence toute spéciale pour écrire cette très intéressante monographie.

Radioscopie, radiographie, radiothérapie, par le Dr L.-R. Regnier, ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire d'Electrothérapie de la Charité, 1 vol. in-18 jésus, 207 pages avec 24 fig. Prix : 3 fr. 50. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince).

Dans ce volume l'auteur a exposé sous une forme aussi claire et aussi concise que possible quelles sont, pour le praticien, les ressources réelles des rayons X, les moyens simples de les utiliser, les méthodes de précision qui demandent l'intervention du spécialiste, les résultats qu'on peut attendre des examens et des traitements, en un mot les véritables indications et contre-indications de l'emploi des rayons X, ainsi que les moyens d'éviter les accidents qu'une mauvaise technique peut occasionner.

Le vieillissement artificiel des vins et des spiritueux (*collection des Actualités Chimiques et Biologiques* n° 5), par F. Malvezin. (Jules Rousset, éditeur, 1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince. Prix : 1 fr. 50.

La collection des *Actualités Chimiques et Biologiques* dirigée par M. le Professeur Pozzi-Escot, vient de publier son cinquième volume sous la signature de M. Malvezin, directeur de la *Revue Œnophile*. Ce volume traite du *Vieillissement des Vins et des Spiritueux* et c'est là un sujet que seul ne pouvait même traiter que M. Malvezin, qui a consacré toute sa vie, sa vive intelligence et une ténacité digne des plus grands éloges, à l'étude du vin et des spiritueux.

Ce volume est particulièrement intéressant, car il traite principalement des procédés de vieillissement artificiel qui consacrent une des plus merveilleuses conquêtes de la science, à laquelle l'illustre Pasteur n'a pas hésité à consacrer plus de vingt années d'études journalières.

M. Malvezin a déjà écrit plusieurs traités sur les vins, traités qui font bonne figure dans notre littérature vinicole : le petit volume qu'offre aujourd'hui la librairie Rousset sort des chemins ordinaires, néanmoins, par la clarté de son texte, par la sobriété des descriptions et leur allure scientifique, là où jusqu'ici on ne connaissait que des données un peu, sinon très intéressées !

Nous recommandons vivement ce livre à ceux qui en cette heure périlleuse s'intéressent à l'évolution scientifique de la viticulture française et mondiale, car il montre un effort louable vers l'amélioration des procédés de vinification jusqu'ici empiriques.

Paris. — G. Camproger, 32, r. de Provence. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

1er Congrès International d'Hygiène Alimentaire et de l'Alimentation Rationnelle de l'Homme (Paris : 22-27 octobre 1906). — Ce Congrès se réunira à la Faculté de Médecine, sous la présidence de M.le Dr Ricard, sénateur.

1re SECTION. — PHYSIQUE BIOLOGIQUE. — ENERGÉTIQUE

Présidents : MM. d'ARSONVAL, professeur au Collège de France ; le professeur A. CHAUVEAU, membre de l'Institut.

Questions. — 1° Méthodes de calorimétrie humaine. — *Rapporteurs :* MM. W. O. ATWATER (Middletown) ; le docteur POMPILLAN (Paris) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

2° Besoins de chaleur du corps humain, aux divers âges et dans les différents climats.

3° Mesure du travail physiologique. — *Rapporteurs :* MM. le docteur WEISS (Paris) ; le professeur ZENGER (Prague) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

4° Mesure du travail professionnel musculaire. — *Rapporteurs :* MM. J. TISSOT (Paris) ; Lucien CAMUS (Paris) ; le professeur IMBERT (Montpellier) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

5° Mesure du travail intellectuel.

6° Vérification des besoins énergiques. Méthodes et formules d'énergétique. — *Rapporteurs :* MM. Ernest SOLVAY (Bruxelles) ; Charles HENRY (Paris) ; le professeur LAULANIÉ (Toulouse) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

2° SECTION. — CHIMIE BIOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIE

Président : M. A. DASTRE, professeur à la Sorbonne.

Questions. — 1° Etat présent des connaissances et des théories sur la nutrition. Déterminer les conditions de la nutrition normale. Minimum des aliments organiques et minéraux ainsi que des boissons nécessaires. Quantité minima d'oxygène. Valeur du coefficient respiratoire. Influence de la minéralisation sur la formation des tissus. Rôle des substances colloïdales dans la nutrition. Ferments solubles et ferments figurés dans la digestion et la nutrition. *Rapporteurs :* MM. le professeur E. PFLUGER (Bonn) ; le docteur DESGREZ (Paris) ; le docteur GAUBE, du Gers (Paris) ; le professeur LAMBING (Lille) ; V. HENRI (Paris) ; le docteur René GAULTIER (Paris) ; M. FAUVEL (Anger) ; le professeur Albert ROBIN (Paris) ; le professeur von BAUGE (Bâle).

2° Définition précise de ce qu'il faut entendre par un aliment. L'observation de l'isodynamie dans la composition des rations doit-elle être considérée comme suffisante, le minimum d'albuminoïdes et de minéraux étant respecté ? *Rapporteurs :* MM. le professeur Armand GAUTIER (Paris) ; J. LEFÈVRE (Le Havre) ; le professeur HÉGER (Bruxelles).

3° Valeur glycosique des aliments. Quel compte doit-on tenir dans l'établissement des rations ? *Rapporteurs :* MM. le professeur H. ZUNTZ (Berlin) ; le professeur LAMBLING (Lille) le professeur Max RUBNER (Berlin) ; le professeur CHAUVEAU (Paris) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

4° Digestibilité des aliments. Nombre *optimum* de repas. Durée du repos après le repas. Critique des méthodes employées pour déterminer la digestibilité. Influence de la préparation des aliments sur la digestibilité. *Rapporteurs :* MM. le docteur LINOSSIER (Paris) ; le docteur BARDET (Paris) ; le docteur von NOORDEN (Francfort).

5° Synthèse chimique des aliments physiologiques.

6° Classification des aliments d'après leur valeur physiologique. Valeur et danger des aliments nervins. L'alimentation végétarienne. *Rapporteurs :* MM. le professeur POUCHET (Paris) ; le docteur PASCAULT (Cannes) ; FAUVEL (Angers) ; le docteur LAPICQUE (Paris) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

7° L'alcool est-il un aliment ? Abus et dangers de l'alcool. *Rapporteurs :* MM. le professeur A. GAUTIER ; le docteur Lucien CAMUS.

8° Comment préciser par des caractères physiques ou chimiques faciles à reconnaître la valeur nutritive d'une substance alimentaire de façon à pouvoir introduire cette v[illegible] [illegible]tritive comme élément dans la fixation de la valeur commerciale ? *Rapporteurs :* MM. MAQUENNE (Paris) ; SIDERSKY (Paris).

9° La stérilisation nuit-elle au développement de la flore stomacale et intestinale utile ? L'alimentation peut-elle maintenir et favoriser l'immunité naturelle ? *Rapporteurs :* M. le professeur CHARRIN (Paris) ; M. le professeur METCHNIKOFF (Paris).

10° Alimentation défectueuse ou insuffisante. — Suralimentation et alimentation surabondante. Maladies qui en résultent. Les régimes dans les maladies (tuberculose, foie, arthri-

tisme, etc.). *Rapporteurs :* MM. le professeur Albert ROBIN (Paris) ; le docteur VAQUEZ ; le docteur LAUFER (Paris).

3° SECTION. — ALIMENTATION RATIONNELLE. DIÉTÉTIQUE

Président : M. le docteur GRANDEAU.

1° État de l'alimentation populaire au commencement du XXe siècle chez les différents peuples (enquêtes directes et indirectes, valeur physiologique des rations actuellement consommées dans les diverses localités). *Rapporteurs :* MM. le professeur WAXWEILLEIR (Bruxelles) ; HIRSCHFELD (Berlin) ; LABBÉ (Paris) ; J. TRIBOT (Paris) ; PIÉQUET (Rouen) ; SLOSSE (Bruxelles) ; Docteur Mlle IOTEYKO (Bruxelles).

2° Ration d'entretien aux divers âges. *Rapporteurs :* MM. le professeur MAUREL (Toulouse).

3° Détermination de méthodes rigoureuses d'établissement des rations alimentaires appliquées à la croissance et au travail. Procédés de calcul. Tables usuelles. Quel compte doit-on tenir de la relation nutritive (rapport nutritif) ? *Rapporteurs :* MM. le professeur ATWATER (Middletown) ; le professeur Max RUBNER (Berlin) ; J. ALQUIER ; Hendi LABBÉ (Paris) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

4° Sous-sections spéciales à créer pour les applications à la ration alimentaire.

a) Des nourrices et des nourrissons. *Rapporteurs :* MM. les docteurs MICHEL et PERRET (Paris) ; le docteur VARIOT ; le docteur Henri de ROTHSCHILD.

b) De l'adolescence dans la famille et en pension. *Rapporteur :* M. le docteur LEGENDRE (Paris).

c) Du travailleur manuel à l'usine, à l'atelier et au chantier. *Rapporteurs :* MM. le professeur IMBERT (Montpellier) ; J. LEFÈVRE (Le Havre).

d) Du travailleur intellectuel. *Rapporteur :* M. le docteur Maurice de FLEURY (Paris).

e) Du travailleur des champs. *Rapporteur :* M. le professeur GRANDEAU.

f) Des professions manuelles féminines. *Rapporteur :* Docteur Mlle POMPILLAN.

g) Du soldat. *Rapporteurs :* MM. BALLAND ; le docteur DROUINEAU.

h) Du marin. *Rapporteurs :* MM. LÉONARD ; le docteur ROBERT ; FLORAND (Paris) ; docteur LANGLOIS (Paris).

i) Du colon. *Rapporteurs :* MM. le docteur M. LOIR (Paris) ; le professeur G. REYNAUD (Marseille).

j) Des sportsmen. *Rapporteur :* M. J. LEFÈVRE (Le Havre).

N. B. — Adresser toutes communications, demandes de renseignements, lettres, à M. C. Nourry, secrétaire général, 49, rue des Saint-Pères, Paris.

Adresser les mandats et cotisations à M. Gaston Menier, Député, Trésorier, à Paris.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... **15 fr.**

Le Traitement des affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement

Par le Dr **F. Lagrange.**

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une carte hors texte ..... **6 fr.**

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques ..... **5 fr.**

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr **E. Gley.**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Museum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 vol. in-8° ..... **5 fr.**

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par **Allyre CHASSEVANT**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

vol. grand, in-8° avec gravures ..... **10 fr.**

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE L'AUTO-INTOXICATION INTESTINALE
Introduction de microbes antagonistes pour combattre la putréfaction azotée de l'intestin.

Par le Docteur A. Combe
Professeur de Clinique infantile à l'Université de Lausanne (1)

(*Suite*)

2° Introduction dans l'intestin de ferments lactiques sélectionnés.

Les levains naturels destinés à préparer les laits aigris orientaux sont bien loin de représenter des cultures pures de bacilles lactiques.

Nous avons vu la *maya* contenir, outre les trois bacilles lactiques décrits par Grigoroff (2) des levures et un très grand nombre d'autres bactéries.

Dans le *leben*, Rist et Khoury (3) ont trouvé trois bactéries lactiques et deux levures donnant de l'alcool.

Les laits aigris préparés avec les levains naturels ont donc tous cet inconvénient qu'à côté des bacilles lactiques utiles ils contiennent d'autres microbes indifférents ou même nuisibles.

Voilà pourquoi Metchnikoff a modifié a préparation du yoghourt, et, au lieu d'y introduire toute la flore microbienne, provenant des levains naturels que nous venons d'étudier, il a proposé d'y ensemencer des cultures pures de bacilles lactiques.

D'autres auteurs ont suivi le même chemin, et actuellement trois bouillons de culture lactiques se trouvent en présence :

a) La lacto-bacilline liquide de Metchnikoff ;
b) Le biolactyle de Fournier ;
c) Le bouillon paralactique de Tissier.

La lacto-bacilline de Metchnikoff.

Parmi les bacilles lactiques, il en est un qui a plus particulièrement attiré l'attention du professeur Metchnikoff.

Ce bacille est le grand bacille isolé de la maya par le professeur Massol (de

(1) Extrait du livre l'*Auto-intoxication intestinale*, par le Professeur Combe (1 vol. in-18 de 568 pages, vient de paraître chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs, à Paris, 19, rue Hautefeuille)
(2) Voy. p. 422.
(3) Rist et Khoury, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1902, p. 65.

Genève) et son élève Grigoroff, et que l'on désigne volontiers sous le nom de *bacille bulgare*, mais que l'on ferait mieux d'appeler le *bacille de Massol*, car il se trouve aussi dans le ferment égyptien, le *leben*, et dans le ferment turc.

Ce bacille est, d'après les recherches de Heupel et de Grigoroff (1), de beaucoup le meilleur producteur d'acide lactique, et, comme nous l'avons vu, il est capable de produire à lui seul la coagulation du lait.

Le bacille de Massol est robuste et de forte taille, de 5 à 20 μ de long. Il est très résistant, car, ingéré par l'homme, il ne se détruit pas dans les intestins et arrive à l'état vivant jusqu'au bout du côlon.

Sa présence a même pu être constatée dans les selles par le Dr Cohendy, plusieurs jours après son ingestion par la bouche, et nous-même nous l'avons aussi trouvé dans les selles chaque fois que nous l'avons cherché.

Ce bacille du ferment bulgare est donc un microbe qui n'existe pas normalement dans notre flore intestinale, mais qui peut y être implanté artificiellement et qui est capable d'agir efficacement contre les putréfactions intestinales.

Mais ce bacille atteint en même temps les graisses. Aussi communique-t-il au lait un désagréable goût de suif (2) qui le rend impropre à la consommation.

Pour remédier à cet inconvénient, il a fallu associer au *bacille de Massol*, appartenant à la flore orientale, un autre microbe lactique, appartenant à la flore européenne et choisi parmi ceux qui sont inoffensifs pour l'homme et même les petits animaux de laboratoire les plus sensibles aux microbes.

On est donc arrivé à préparer en sérum de lait des bouillons de culture pure de ces deux microbes lactiques, à l'exclusion de tous les autres microbes si nombreux qui sont dans la maya et en particulier à l'exclusion des ferments alcooliques.

La grande difficulté est de se procurer ces bouillons de culture pure ; ceci a été grandement facilité pour le public par la fondation de la Société *Le Ferment*, placée sous le patronage de Metchnikoff.

Cette société prépare, en les sélectionnant scientifiquement, ces bacilles lactiques en un bouillon de culture pure, auquel elle a donné le nom de *lacto-bacilline*.

Mode d'emploi. — La Société livre au public la lacto-bacilline en *ferment liquide*, sous forme de petits flacons contenant 10 centimètres cubes de bouillon de culture.

Les microbes qu'il contient en culture pure, et c'est là la plus sérieuse garantie que nous donne cette Société, ont été étudiés par Metchnikoff, qui en a établi la parfaite innocuité par une longue pratique sur l'homme et de nombreuses expériences sur les animaux.

Ces microbes exercent ainsi une influence très favorable sur la digestion ; ils régularisent les fonctions intestinales, combattent la constipation, et surtout ils combattent avec énergie les bacilles protéolytiques, en empêchant la putréfaction intestinale.

On peut introduire ces cultures pures de lacto-bacilline dans l'intestin :

a) Soit par l'intermédiaire du yoghourt ;

b) Soit en nature.

(1) Heupel et Grigoroff, *loc. cit.*
(2) Metchnikoff, *Remarques sur le lait aigri*, p. 26.

Yoghourt à la lacto-bacilline.

Mode de préparation. — Faire bouillir pendant cinq minutes 500 centilitres de lait pur, laisser refroidir.

Laver à l'eau bouillante deux ou quatre bols de 250 grammes; les laisser égoutter sans les essuyer.

Verser dans chaque bol un quart de litre de lait et un quart de flacon de lacto-bacilline ; bien mélanger et recouvrir les bols.

Les placer dans un endroit chaud, ou mieux dans une étuve à température maxima de 35° Celsius.

C'est à cette température que le caillage se fait le mieux et dans dix à douze heures environ. A 25°, l'opération est beaucoup plus lente.

On place alors les bols au frais, et on les consomme dans la journée.

Par économie, on peut faire cailler une nouvelle portion de lait, en remplaçant le ferment pur par du lait caillé ; mais cette opération ne doit pas être répétée plus d'une fois, car sans cela le bacille perd ses qualités.

Quel lait faut-il employer pour faire le yoghourt ?

Le lait cru. — Au point de vue du goût, c'est le lait cru qui est le meilleur, car il donne au lait aigri un goût très agréable.

Mais le lait cru renferme beaucoup de microbes, parmi lesquels se rencontrent souvent des microbes nuisibles, en particulier celui de la tuberculose. Or, ces microbes conservent leur vitalité dans le lait aigri : les vibrions du choléra, le bacille de la fièvre typhoïde s'y conservent vivants pendant quarante-cinq jours.

Le lait cru contient en outre des poussières fécales de vache gorgées de microbes ; les microbes lactiques du lait aigri empêchent bien leur pullulation, mais ne la détruisent pas.

Mieux vaut donc ne pas introduire avec le yoghourt tous ces microbes, et, à moins d'avoir un lait provenant de vaches inoculées à la tuberculine et soignées hygiéniquement, ce qui est rare, il faut préférer le lait cuit.

Le lait pasteurisé à 60° n'est pas sûrement débarrassé des bacilles de la tuberculose et des spores des bacilles butyriques.

Le lait stérilisé à 110 ou 120°, véritablement stérile, a un si mauvais goût que l'on ne peut s'en servir.

Le mieux est donc de se contenter de lait cuit quelques minutes, car tous les bacilles tuberculeux et butyriques sont tués par l'ébullition ; seules quelques spores butyriques et les spores du *Bacillus subtilis*, qui ne peuvent être détruites que par une température élevée, persistent.

On arrive ainsi à obtenir, avec le lait bouilli et refroidi, un lait caillé, ensemencé avec des cultures pures de microbes lactiques en quantité suffisante pour empêcher la germination des spores contenues dans le lait et qui n'ont pas été détruites par l'ébullition (Metchnikoff).

Comme pour un usage prolongé, la consommation de trop de caséine et de matières grasses n'est point toujours désirable ; on peut préparer dans ce cas le lait

bulgare avec du lait simplement bouilli et non cuit jusqu'à concentration de moitié, ce qui le rend beaucoup plus lourd et plus digeste.

Dans beaucoup de cas même, on pourra encore diminuer les matières grasses, en préparant le lait aigri avec du lait écrémé et simplement bouilli.

CE LAIT AIGRI A LA LACTO-BACILLINE, PRÉPARÉ AVEC DU LAIT PUR OU ÉCRÉMÉ, SIMPLEMENT CUIT ET ENSEMENCÉ AVEC UN BOUILLON DE BACTÉRIES LACTIQUES ET CULTURES PURES, est, on le comprend sans peine, infiniment supérieur au yoghourt, ensemencé avec la maya, car c'est un produit constant d'une innocuité parfaite, et qui cependant, au point de vue antiputride, exerce sur les microbes protéolytes la même influence nocive que le yoghourt ordinaire.

Mode d'emploi du yoghourt à la lacto-bacilline. — On le consomme de la même manière que le yoghourt ordinaire : 300 centimètres cubes, soit un bol, deux à trois fois par jour.

On le prendra soit *à jeun* le matin au lever, et au coucher ; ou le matin, au goûter et au coucher ; ou aux repas avec le plat de pâtes, ou avec celui de pudding.

On peut le prendre pur ou additionné de sucre ou de cannelle.

Action thérapeutique du yoghourt à la lacto-bacilline. — Metchnikoff, qui use depuis sept ans de ce lait aigri dans son régime, se déclare très satisfait du résultat obtenu, et nous pensons avec lui qu'une expérience aussi longue et venant d'un savant au jugement aussi éclairé que judicieux suffit pour justifier cette opinion favorable.

Notre excellent interne, le Dr Pochon, qui s'est chargé d'expérimenter sur lui-même le yoghourt préparé avec la lacto-bacilline liquide, a obtenu des résultats certains au point de vue de l'auto-intoxication intestinale.

Comme on peut le voir sur la courbe (fig. 10), l'indol et le phénol diminuent considérablement avec son emploi, et cette action continue même après que l'on a cessé le yoghourt.

MAIS L'ACTION DU YOGHOURT, COMME ON POUVAIT LE SUPPOSER THÉORIQUEMENT, EST BIEN MOINS PUISSANTE QUE CELLE DE LA LACTO-BACILLINE LIQUIDE PURE.

Dans un cas d'entérite, nous avons même été obligé d'en interrompre l'emploi, le yoghourt à la lacto-bacilline ayant été mal supporté.

Cultures pures de lacto-bacilline.

Nous le savons, abstraction faite des personnes assez nombreuses qui ne l'aiment pas, il est toute une catégorie d'auto-intoxiqués qui ne supportent pas le lait, ce sont les malades atteints d'entérites chroniques.

Ceux-là peuvent utiliser les bacilles bulgares en culture pure.

Seulement, comme ces microbes ont besoin de sucre pour produire l'acide lactique, il faut, en les consommant, absorber quelques aliments sucrés : eau sucrée, bonbons, confitures, car, comme Grigoroff l'a démontré, le bacile de Massol décompose la glucose et la saccharose aussi bien que la lactose.

On peut prendre la lacto-bacilline de plusieurs manières.

1° LA LACTO-BACILLINE LIQUIDE. — C'est la culture pure en sérum lacté du *bacille de Massol* de la flore orientale en symbiose avec le *bacille lactique* de nos pays, combinés en proportions déterminées.

On trouve la lacto-bacilline en flacons hermétiquement fermés et bouchés de 10 centimètres cubes.

On la donne en deux portions, soit à jeun dans de l'eau sucrée à dix heures et quatre heures ; soit à la fin des deux principaux repas, avec un peu de confiture ou de miel dans de l'eau sucrée.

2° La lacto-bacilline en poudre. — C'est la culture pure du bacille de Massol sur du lait filtré et desséché dans des conditions qui assurent sa propreté absolue.

La lacto-bacilline en poudre est livrée en tubes de verre bouchés et paraffinés et de conservation et de pureté assurées. Chaque tube contient une dose de 5 grammes de ferment et peut servir pour cinq jours.

On en prend 0 gr. 5, deux fois par jour, dans de l'eau sucrée, du miel où des confitures, soit à la fin du repas, soit à jeun entre les repas.

On prélève chaque dose de un dixième de tube de poudre, au juger, car il n'y a aucun inconvénient à dépasser la dose.

3° La lacto-bacilline en globules glutinisés. — C'est en théorie la forme la meilleure pour ingérer le ferment.

Le globule glutinisé passe intact par l'estomac et ne libère le ferment que dans l'intestin, c'est-à-dire à l'endroit où les bacilles doivent effectuer leur action.

Les globules revêtus de glucose sont d'une conservation presque indéfinie, grâce à la couche protectrice, et ne craignent pas l'humidité.

Si le ferment n'est pas altéré par la préparation et ne s'altère pas à la longue, ces globules de lacto-bacilline seraient des plus précieux dans le traitement de l'auto-intoxication intestinale.

Résultats thérapeutiques. — Les Sociétés de la lacto-bacilline de Paris et de la zyma de Montreux nous ayant demandé de procéder à des expériences cliniques et scientifiques sur l'action antiputride de leurs produits, nous avons confié cette étude à deux de nos élèves, qui feront ce travail comparativement avec deux autres élèves, qui étudient cette même action antiputride de deux autres médicaments : la levure de bière sélectionnée de la zyma et le ferment de raisin sélectionné de Jacquemin (de Nancy).

Ces travaux ont été commencés il y a quatre mois et doivent en durer six ; nous ne pourrons donc pas encore nous prononcer d'une manière définitive sur l'action de ces substances, nous réservant de le faire plus tard.

Ce que nous pouvons dire actuellement, c'est que, comme le démontrent les deux courbes (fig. 11 et 12) du travail de notre élève Mlle Tchoumakoff : la lacto-bacilline liquide est un médicament antiputride très énergique, dont l'action se prolonge encore longtemps après que l'on en a cessé l'emploi.

Ceci semble bien démontrer que l'action antiputride tient à la vitalité du bacille de Massol, qui lutte énergiquement contre les microbes protéolytes anaérobies.

La lacto-bacilline en poudre donne des résultats moins brillants.

Les globules glutinisés ne donnent aucun résultat quelconque, la préparation ayant probablement compromis la vitalité des bacilles lactiques.

Le biolactyle Fournier.

Nous avons vu que le bacille de Massol en culture pure attaque aussi bien les

graisses que les hydrocarbures ; aussi, pour le confiner dans l'attaque des hydrocarbures seuls, faut-il lui adjoindre un autre bacille appartenant à la flore occidentale, dont la propriété empêchante limite l'action du bacille de Massol à ce qui peut être utile au malade.

Ainsi avons-nous vu Metchnikoff lui associer le *Bacillus acidi lactis* de nos pays.

C'est aussi ce que cherche à faire le BIOLACTYLE FOURNIER DE PARIS, étudié par Paul Fournier, ancien préparateur à la Sorbonne.

Le biolactyle est une symbiose en proportions définies et aussi constantes que possible du *bacille de Massol* avec un autre bacille lactique appartenant à la flore orientale.

Ces deux bacilles sont fournis par Fournier en cultures pures et particulièrement riches, de façon à présenter l'élément actif sous un faible volume.

Nous venons de commencer une série d'expériences avec ce produit, et nous nous réservons de revenir sur les résultats obtenus à une autre occasion, lorsque notre opinion sera mieux étayée.

Jusqu'à présent, nous pouvons nous en déclarer satisfaits.

Le bouillon paralactique de Tissier.

Tissier, dans l'article que nous avons cité plus haut, paraissait vouloir réserver le bouillon paralactique à certaines infections intestinales spécifiques.

Mais, dans un travail plus récent (1), il a généralisé sa méthode à la lutte contre la putréfaction intestinale en général.

Aussi tenons-nous, pour être complet, à intercaler un résumé de son travail dans notre étude générale du traitement de l'*auto-intoxication intestinale*.

Tissier recommande d'abord :

1° LE RÉGIME VÉGÉTARIEN PUR, absolument analogue au nôtre (2), afin de diminuer dans les déchets de la digestion les substances azotées et d'y augmenter les substances hydrocarbonées.

2° L'INTRODUCTION DANS LE TUBE DIGESTIF DE CULTURES PURES DE FERMENTS LACTIQUES, afin que la flore ne soit plus composée que de *ferments mixtes* (ferments acides des hydrates de carbone).

Il fallait pour cela éviter de choisir parmi ces bactéries non pathogènes celles qui donnent des gaz, de l'alcool, de l'indol ou du phénol, ou des acides irritants, comme certains acides gras volatils.

C'est pour obtenir ce résultat que Tissier s'est servi de cultures pures du *Bacillus acidi paralactici de Kosaï* et, plus tard, d'une symbiose du *Bacillus paralactici*, avec le *Bacillus acidi bifidus* Tissier.

LE « BACILLUS ACIDI PARALACTICI » DÉCRIT PAR KOSAI (3), est un hôtel habituel du lait.

Il se présente sous la forme d'un petit bacille, quelquefois groupé par paire ou en série d'articles courts formant chaînette.

Il se colore par le Gram, est immobile et ne donne pas de spores ; il pousse à 37°. C'est un ferment actif des sucres qui donne surtout de l'acide lactique droit ; il n'est pas pathogène.

(1) TISSIER, *Tribune médicale*, 1906, p. 117.

(2) Voy. p. 381.

(3) KOSAÏ, *Zeits. f. Hygiene*, 1902.

Le « Bacillus bifidus » décrit par Tissier dans sa thèse () est un anaérobie strict, formant presque à lui seul toute la flore intestinale du nourrisson.

Il se présente sous forme d'un diplobacille parfois bifurqué et se colore par le Gram ; il est immobile et ne donne pas de spores. C'est un ferment acide très actif des sucres ; il donne de l'acide lactique inactif et de l'acide acétique.

Comme le paralactique, il n'attaque que les albumoïdes qui ont déjà subi une hydratation

Enfin, comme tous les anaérobies, il pousse en milieu aéré pendant qu'il est ensemencé avec une espèce anaérobie facultative.

Mode d'administration. — Les cultures sont faites en eau peptonisée, dont voici la formule :

Sel	5,0
Peptone	10,0
Lactose	20,0
Eau	1000,0

Il faut donner le bouillon frais, car la vitalité de ces bactéries diminue au bout de trois semaines à un mois.

Du fait de la pousse de ces microbes, le milieu devient imputrescible ; aucune espèce putréfiante ou pathogène ne peut s'y acclimater et y pulluler.

Seules, certaines moisissures peuvent s'y développer et détruire lentement l'*acidité* empêchante ; mais ce fait ne peut se produire qu'au bout de plusieurs mois.

On donne un à deux verres à bordeaux ou à madère de bouillon paralactique avant le petit déjeuner et à midi avant le lunch, pur ou dans de l'eau lactosée.

Résultats thérapeutiques. — Dans les premiers jours du traitement, comme avec notre régime lacto-farineux, on constate certains malaises, des troubles gastriques, des coliques, du ballonnement du ventre, des gaz.

« Mais bientôt, dit Tissier, la constipation cesse, les coliques diminuent, la langue se nettoie, l'haleine n'est plus mauvaise ; les selles perdent leur odeur putride et, à l'examen bactériologique, on constate la réapparition et la multiplication progressive des microbes constituant la flore normale. »

Les urines, claires et abondantes, ne sont plus aussi riches en sulfoéthers.

Les troubles d'auto-intoxication : cardio-vasculaires, pulmonaires, nerveux, etc., disparaissent ensuite, mais plus lentement.

« Pour que ces bons résultats persistent et deviennent définitifs, continue Tissier, il faut prolonger ce traitement au moins deux mois et demi en moyenne, jusqu'à ce que la flore intestinale soit notablement transformée. »

Ce n'est donc qu'au bout de ce temps qu'on peut cesser l'administration des cultures et prescrire un régime moins sévère, comprenant un peu de viande ou du poisson très frais à un des principaux repas.

Mais le fond de l'alimentation sera toujours constitué par des pâtes alimentaires, des légumes et des fruits.

Cohendy (2), dans un travail tout récent, démontre :

1° Qu'un régime rationnel hypo-azoté suffit pour obtenir l'action désinfectante du bouillon lactique ;

2° Que la suppression des viandes exigée par Tissier est tout à fait inutile ;

(1) Tissier, *Thèse de Paris*, 1900.

(2) Cohendy, *C. R. Soc. de Biologie*, 1906, p. 603.

3° Que la désinfection ne semble pas augmenter par l'ingestion de sucres même à doses élevées ;

4° Que la désinfection se prolonge après la dernière prise de ferment lactique, aussi longtemps que dure l'acclimatation, c'est-à-dire, pendant quinze jours au moins.

Nous n'avons pas encore fait d'essais personnels avec les bouillons paralactiques, mais Tissier est un observateur trop remarquable pour que nous puissions mettre un seul instant en doute les beaux résultats qu'il nous signale.

C'EST EN TOUT CAS, ET NOUS POUVONS EN PARLER PAR EXPÉRIENCE, UN EXCELLENT MOYEN D'ANTISEPTISER LE TUBE DIGESTIF QUE D'Y INTRODUIRE DES CULTURES PURES DE BACILLES LACTIQUES, ET, DANS TOUTES LES FORMES AIGUES ET GRAVES DE L'AUTO-INTOXICATION DIGESTIVE, CE SERA UN ADJUVANT EXCELLENT DU RÉGIME LACTO-FARINEUX

LA SUTURE VEINEUSE (1)

Par le Docteur F. Lejars
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Il résulte de l'étude que nous venons de faire des ligatures veineuses que, à part la veine porte et la zone sus-rénale de la veine cave inférieure, la ligature même des plus gros troncs est parfaitement légitime ; qu'elle n'est pas suivie, sous la réserve de certaines conditions *dont l'asepsie est la plus importante*, des accidents si longtemps redoutés et qu'elle constitue un bon et sûr moyen d'hémostase. Ceci est utile à bien mettre en lumière, car la ligature reste, dans la pratique courante, le procédé le plus usuel et le plus facile.

Toutefois on comprend quels seraient les avantages d'une technique permettant de conserver la perméabilité de la veine et la circulation, tout en restaurant la paroi blessée : cette technique, c'est la *suture*. Quels en sont donc les *résultats* et le *bien-fondé* ? Quelles en sont les *indications*, et, en particulier, quelle place faire aujourd'hui, en présence de cette méthode de réunion, à la ligature latérale et au pincement, qui, eux aussi, ont pour but de conserver une partie de la lumière du vaisseau ? Quel en est le *mode précis d'application* ?

Un premier point à bien préciser avant tout, c'est le suivant : la perméabilité du vaisseau ne sera conservée, après la suture, que si l'asepsie est complète et s'il ne se produit pas de thrombose. C'est à l'infection qu'il y a lieu de rapporter l'insuccès des premières sutures veineuses.

---

(1) Rapport au XIXe Congrès de l'Association Française de Chirurgie.

Bien qu'Agnew note, en 1878, que la suture des veines a été pratiquée chez l'homme par plusieurs chirurgiens, mais rejetée comme trop périlleuse, le premier cas connu avec détails paraît être celui de M. Czerny, publié en 1881 : il s'agissait d'une ulcération de la jugulaire interne, par le pus, chez un homme auquel on avait fait, huit jours avant, une œsophagotomie pour corps étranger : on sutura la veine ; au bout de deux jours survint une hémorrhagie secondaire, on eut recours à la ligature totale, finalement le malade mourut de pyohémie.

L'année suivante, Max Schede publiait le premier résultat heureux : il avait suturé la veine fémorale blessée au cours d'une extirpation de ganglions cancéreux ; la guérison avait eu lieu sans le moindre accident.

De nombreuses expériences vinrent, dans les années qui suivirent, montrer la légitimité et les applications de la réunion latérale ou bout à bout des veines ; il nous suffira de citer celles de von Horoch (1888), de Mayrs (1890), de Tichow (1894), de Silberberg (1899), et, plus récemment, celles de Clermont (1901), de Payr, de Jensen, de Taddei ; la création de la fistule porto-cave, de la fistule d'Eck, donna lieu à toute une série de recherches. Comme nous l'avons fait pour l'étude des ligatures, tout en reconnaissant le précieux appoint fourni à la technique par ces expériences, nous nous occuperons surtout des faits humains.

En 1888, une nouvelle observation de Max Schede (1) ayant trait cette fois à une suture de la veine cave inférieure, et terminée par la guérison, fixa définitivement l'attention des chirurgiens sur la réunion des veines et introduisit cette pratique dans la chirurgie humaine.

Dès lors, les exemples se multiplient. Aujourd'hui nous trouvons six cas de suture de la veine cave inférieure, celui de Schede qui vient d'être cité, ceux de Zoege von Manteuffel (2), Garré (3), Busse (4), Grohé (5), Giordano (6) : sur ce nombre, on relève 2 morts et 4 succès. Deux fois, la réunion latérale eut lieu après des excisions relativement larges de la paroi de la veine, et l'observation de Zoege von Manteuffel est fort curieuse à ce point de vue : au cours de l'extirpation d'un gros cancer du rein droit, chez un homme de quarante-neuf ans, il s'aperçut que la tumeur s'implantait sur la veine cave par un pédicule de 6 centimètres de long sur 1 d'épaisseur et se continuait dans la cavité de la veine par un prolongement blanchâtre de 10 centimètres ; il prit le parti d'exciser toute la portion dégénérée du vaisseau ; après avoir enserré d'un clamp élastique, placé haut sous le diaphragme, le bout supérieur, il fit comprimer par un aide sur la colonne vertébrale le bout inférieur, et procéda à la résection du segment malade, qui mesurait 9 centimètres de long sur 2 1/2 de large ; le sang surgit à flots, provenant de la veine rénale gauche, qui n'avait pas été comprimée d'avance et le fut alors, à la main ; puis on sutura la vaste perte de substance de la veine cave par une double suture com-

(1) Schede, Einige Bemerkungen über die Naht von Venenwanden, nebst Mitteilung eines Falles von geheilter Naht der Vena cava inferior, *Archiv. f. klin Chirurgie*, 1892, Bd. 43, p. 338.

(2) Zoege von Manteuffel, Exstirpation eines Nieren Karzinom mit Resektion eines Karzinomknotens aus der Wand der Vena cava; Heilung; *Centralblatt für Chir.*, 1899, n° 27, p. 367.

(3) Garré, Ueber Gefässnaht, *Munchener medic. Woch.*, 1900, n° 16, p. 560.

(4) Busse, Fibro-myoma der Nierenkapsel einer 57 Jæhr. Frau, *Virchow's Archiv*, Bd. 157, p. 353.

(5) Grohé, Ueber Nierentumoren, *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, Bd. 60, p. 31.

(6) Giordano, Sur le cancer du rein, *Ann. des mat. des org. gén.-urinaires*, 1892.

plétée par des points séparés, rapprochant le tissu conjonctif ambiant. L'hémostase était alors complète, et le tronc veineux rétréci de moitié ; la compression provisoire avait duré 15 minutes et le pouls était devenu mauvais et à peine sensible ; dès qu'elle fut enlevée, au bout de 2 minutes, il avait repris son ampleur. L'opération fut rapidement achevée : elle avait demandé 65 minutes ; elle ne fut suivie d'aucun incident notable, et le malade guérit. Ce résultat est d'autant plus à retenir que, dans le cas présent, la résection suivie d'une double ligature eût été mortelle, la ligature supérieure devant porter, par suite de l'extension du prolongement néoplasique, bien au-dessus des veines rénales : la suture était seule applicable et l'on voit dans quelles limites elle peut l'être avec succès.

Deux fois, le tronc brachio-céphalique a été suturé : Marin (1), en 1893, en pratique la réunion latérale par une plaie par balle de revolver : Ricard (2), en 1905, rapportait un cas d'ablation de goitre cancéreux, dans laquelle il avait dû réséquer la veine jugulaire interne jusqu'à son embouchure dans la veine anonyme : il sutura, à points séparés, à la Lembert, l'orifice de ce gros tronc, et rapprocha, par-dessus, les tissus voisins. La guérison ne fut compromise par aucun désordre circulatoire.

Dans un travail récent, M. Jacobsthal (3) relève tout un ensemble de sutures pratiquées sur les diverses grosses veines : 7 fois sur la sous-clavière ; 6 fois sur l'axillaire ; 10 fois sur la jugulaire ; 1 fois sur l'iliaque externe; 23 fois sur la veine fémorale ; 2 fois sur la poplitée ; 3 fois sur la saphène interne ; 1 fois sur le sinus transverse; dans deux cas seulement, la réunion latérale avait échoué et nécessité la ligature secondaire. Nous rappellerons encore une suture du sinus latéral, pratiquée par Schwartz (4) ; le sinus avait été ouvert au cours de l'ablation d'un fragment osseux enfoncé, le traumatisme datant de deux mois et ayant été suivi d'accidents cérébraux particuliers ; on fit rapidement deux points de suture à la soie 0, réunissant les deux lèvres de la plaie, qui avait à peu près 1 centimètre de long ; les fils tirés, le sang continuait à couler par deux orifices des fils : un tampon de gaze fut appliqué à ce niveau ; par-dessus, on referma la peau et l'on fit un pansement compressif ouaté. La guérison eut lieu sans incident.

Sans insister davantage sur les faits publiés, il est donc démontré aujourd'hui, par l'expérience, que la suture latérale est applicable à toutes les veines, y compris les sinus dure-mériens, qu'elle l'est, en particulier, aux plus gros troncs veineux, et que, pratiquée aseptiquement et dans des conditions de technique suffisantes, d'ailleurs très simples, elle donne des résultats excellents, elle assure la cicatrisation normale de la plaie veineuse, en laissant la cavité du vaisseau perméable et la circulation régulière.

Mais on a cherché à faire plus, et à réaliser chez l'homme ce que von Horoch, Silberberg, Clermont, Payr, Jensen avaient expérimenté chez les animaux : la

(1) Marin, Suturing of the brachio-ceph. vein., *New-York med. Journ.*, 1893.

(2) Ricard, *Congrès français de Chirurgie*, 1895.

(3) Jacobsthal, Ueber die Naht der Blutgefässe, *Sammlung klin. Vortrage, Chir.*, 1905, n° 109.

(4) Schwartz, De la suture des veines et en particulier d'un cas de suture du sinus latéral déchiré pendant une trépanation pour un enfoncement du crâne, *C. R. Congrès français de Chirurgie*, 1896, p. 263.

réunion circulaire des deux bouts veineux, après résection. Nous résumerons les trois observations de Kümmel, de Krause, de Payr.

Kümmel (1) opère une femme de quarante et un ans d'une tumeur cancéreuse ganglionnaire de l'aine ; il parvient à isoler l'artère fémorale, mais la veine est entourée par le néoplasme sur une longueur de 2 centimètres environ. Après l'avoir libérée, en dessus et en dessous du point adhérent, il place sur les deux bouts une pince à forcipressure engainée de caoutchouc, et achève d'enlever la tumeur. Le tronc veineux se trouvait, de ce fait, excisé sur une longueur de 2 centimètres, à part, toutefois, un pont étroit, de 2 millimètres de large, appartenant à la paroi postérieure. Les deux bouts sont mis très facilement en contact par la flexion de la cuisse ; on les réunit l'un à l'autre, sans invagination, par une suture circulaire en surjet, fortement serrée ; le petit pont postérieur est recroquevillé en bourse. Par suite de la minceur de la paroi, plusieurs points sont perforants. On enlève les pinces, le sang passe, et la peau du membre redevient rosée; mais il se produit au niveau de la suture une hémorragie assez notable, que l'on arrête par quelques points complémentaires. On réunit. L'opérée est guérie, sans incident, en vingt-quatre jours.

Les suites furent toutes différentes, dans le cas de Krause. Cette fois encore, il s'agissait d'un carcinome de l'aine gauche, chez une femme de cinquante-cinq ans ; mais l'artère et la veine fémorales, incluses dans la tumeur, durent toutes deux être réséquées. On procéda, après hémostase provisoire, à la suture circulaire des deux vaisseaux ; les bouts centraux furent invaginés dans les bouts périphériques et réunis par huit sutures en U. Il survint une gangrène des 2/3 inférieurs de la jambe ; et, au bout de six semaines, il fallut amputer ; la malade guérit (2).

Enfin, en 1901, Payr (3) rapportait un troisième fait, qui, d'après lui, serait tout en faveur de la réunion par prothèse qu'il a expérimentée et préconisée. Il extirpait, chez un homme de soixante-sept ans, une tumeur cancéreuse ganglionnaire, grosse comme le poing, de l'aine gauche : il dut réséquer 4 cent. 1/2 de la veine fémorale ; la cuisse fléchie, les deux bouts furent réunis sur un cylindre de magnésium. Au troisième jour, l'opéré mourait de congestion pulmonaire, et, à l'autopsie, que M. Payr relate avec de grands détails, il n'y avait aucune trace de thrombose, la veine réunie était perméable, la cicatrisation en voie d'évolution régulière, et nul doute, ajoute l'auteur, que le résultat final n'eût été un succès complet.

La conclusion semblera peut-être un peu prématurée. Toujours est-il que cette réunion bout à bout d'une veine réséquée, que les deux faits de Kümmel et de Payr démontrent exécutable en chirurgie humaine, n'est point appelée sans doute à de nombreuses applications.

---

(1) Kümmel, Ueber cirkulare Gefæssnaht beim Menschen, *Beitr. zur klin. Chirurgie*, 1900, t. XXVI, 1, p. 128.

(2) Krause, Aeztliche Verein in Hamburg, in *Deutsche medicin. Woch.*, 1900, Vereinsbeilage, 13, p. 82.

(3) Payr, Weitere Mittheilungen über Verwendung des Magnesiums bei der Naht der Blutgefæsse, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1901, LXIV, p. 726.

Ceci nous amène à la discussion des *indications de la suture veineuse*, spécialement de la suture latérale. D'une façon générale, la méthode est, certes, fort séduisante : conserver la lumière du vaisseau blessé, en réparant sa paroi, laisser intacte la circulation, réaliser immédiatement une restauration mécanique et fonctionnelle complète, c'est là, sans doute, une pratique idéale, et le mot a été dit. Toutefois, il convient de discuter et de préciser les applications de cette pratique, de distinguer les cas, en somme, exceptionnels, où elle s'impose — les cas où, sans être indispensable, elle doit être préférée, autant que possible, à la ligature ; — d'autres, enfin, où l'on ne saurait y recourir, les conditions locales ne se prêtant pas à une réunion correcte et sûre.

En réalité, d'après ce que nous savons aujourd'hui des résultats de la ligature circulaire, la suture ne s'impose que dans les plaies de la veine porte et dans celles de la veine cave inférieure, au-dessus des pédicules rénaux ; au moins pouvons-nous tirer pareilles conclusions des expériences qui, toutes, ont démontré que l'arrêt brusque de la circulation dans l'un et l'autre de ces tronc veineux conduit fatalement à des lésions mortelles, et que, par suite, il est nécessaire de faire l'hémostase en conservant tout ce qu'on pourra de la perméabilité du vaisseau. La suture est le meilleur procédé qui permette de remplir cette condition.

En présence d'une plaie accidentelle du tronc porte, ou de la veine cave dans la zone sus-rénale, ce serait donc à la réunion latérale qu'il faudrait s'efforcer de recourir.

A part ces éventualités, assez exceptionnelles, une déchirure d'un gros tronc veineux peut être traitée, en général, tout aussi bien par la double ligature circulaire que par la réunion latérale ; assez souvent même, la ligature assure mieux l'hémostase, elle sera d'exécution plus simple, plus courante, plus rapide.

Enfin, dans tous les cas où la plaie veineuse est petite, nette, toute prête à la réunion, il est naturel qu'on s'arrête à ce mode d'hémostase et de réparation combinées. Pourquoi lier, et supprimer d'emblée le gros tronc veineux, alors que, par une pratique simple, en somme, comme nous allons le voir, on peut obtenir une hémostase tout aussi certaine et respecter le cours normal de la circulation veineuse ? Il y a là une application des plus légitimes de la chirurgie conservatrice aux vaisseaux. Et l'idée, d'ailleurs, est fort ancienne et très générale : c'était celle de la ligature latérale ; dans toutes les conditions où l'on pratiquait autrefois, ou l'on pratique encore, la ligature latérale, c'est à la suture que l'on doit aujourd'hui recourir. La ligature partielle n'est point, peut-être, à rejeter absolument : lors de toute petite déchirure, lors d'arrachement d'une collatérale à son embouchure, elle peut, soigneusement faite, avec un petit fil bien serré, donner un bon résultat, et, en réalité, dans ces conditions, on la pratique trop souvent ; mais pour peu que la solution de continuité du tronc veineux soit de quelque longueur, oblique ou irrégulière, la ligature latérale exige l'amarrage, le soulèvement, la striction d'une zone étendue de la paroi, elle rétrécit toujours sensiblement le calibre ; de plus, elle a de grandes tendances à glisser, à se détacher peu à peu, par la rétraction des tissus enserrés : elle expose à l'hémorragie secondaire. Quant au pincement latéral, s'il peut rendre des services comme procédé de nécessité, il ne saurait trouver d'autres applications.

La suture, pour n'être que très rarement nécessaire, n'en mérite donc pas moins d'être recommandée et constitue un réel progrès sur les autres moyens d'hémostase veineuse ; encore faut-il que les caractères de la plaie et les conditions locales permettent de l'exécuter correctement. On ne la tentera pas dans les plaies contuses, déchiquetées et à bords mâchés des gros troncs veineux ; on ne la tentera pas davantage au milieu des foyers suppurés et lors d'ulcérations secondaires. Les déchirures en long sont celles qui se prêtent le mieux à la réunion, et, sous cette réserve qu'elles soient parallèles à l'axe du vaisseau, leur longueur n'est nullement une contre-indication : nous avons cité plus haut la suture de la veine cave, de 9 centimètres, pratiquée avec succès par Zoege von Manteuffel. Les plaies obliques se laissent aussi réunir ; quant aux plaies tranversales, la suture ne serait plus applicable, d'après les expériences de Jassinowsky, lorsqu'elles dépassent la demi-circonférence de la veine : le rétrécissement et la coudure seraient alors trop prononcés. Il est difficile de poser une règle, et, si la plaie est nette, ce que nous savons de la suture circulaire totale nous autorise à penser qu'on peut réussir. Toutefois une règle excellente à formuler nous paraît être celle-ci : la suture n'étant point une pratique nécessaire, mais une amélioration de technique, elle ne doit être appliquée que lorsqu'on est sûr de la rendre absolument correcte ; si l'on hésite, si le résultat est le moins du monde douteux, il faut lier.

Quant à la suture bout à bout, elle n'a point encore, en pratique humaine, une suffisante histoire pour qu'on en puisse tirer des indications ; on pourrait y penser, en présence de certaines plaies, pour éviter la double ligature, ou encore, dans l'ablation de certaines tumeurs, lorsqu'il a fallu réséquer un segment de veine incluse ou dégénérée.

Quel sera donc la *technique de cette suture veineuse*, et tout d'abord, de la *suture latérale* ? Cette technique doit remplir deux conditions : 1° former une paroi étanche, solide, à l'abri de toute déhiscence secondaire et de cicatrisation assurée ; 2° laisser la veine largement perméable et le sang circuler. En réalité, elle est simple, et l'expérience a montré que la pratique la moins compliquée est la meilleure.

Avant tout, il faut faire l'hémostase provisoire ; dès que la grosse veine est blessée et que le sang s'échappe, on comprime sur place, puis à distance, sur les deux bouts, et alors seulement l'hémorragie s'arrête, et, par une détersion soigneuse du foyer, on se rend compte du siège et des caractères de la plaie. La compression des deux bouts, sous les doigts d'un aide, peut être utilisée pendant la besogne de réunion : elle n'est jamais parfaite ni très sûre. Avec deux pinces à mors élastiques ou deux pinces de Kocher, dont on a pris soin d'engainer de caoutchouc les mors, on réalise, sans doute, une très bonne hémostase, mais on devra s'attacher à n'exercer qu'une striction juste suffisante, et les parois de la veine, ainsi enserrées, risquent d'en souffrir. On obtient un résultat très satisfaisant, et sans aucun danger de ce genre, en passant un gros fil sous chacun des bouts veineux, et en coudant le vaisseau sur ce fil, qu'un aide relève en anse et maintient suffisammment tendu : une sonde cannelée, passée sous la veine, permettrait de réaliser la même coudure hémostatique ; on pourra encore, lorsqu'on n'est pas

aidé, recourir à la ligature provisoire, mais en prenant la précaution de laisser, sous le fil, un drain ou une petite lamelle de gaze pliée en tasseau, qui transmette et neutralise la pression du lien. On n'oubliera pas que de grosses collatérales s'ouvrent parfois dans le segment de veine ainsi comprimé et vidé à ses deux extrémités, et qu'elles demandent à être comprimées aussi pour que l'hémostase soit complète : ainsi en est-il, par exemple, à la veine cave, lors d'une déchirure latérale au niveau d'un pédicule rénal, le sang continuant à s'échapper à flots par la veine rénale opposée.

Ceci fait, on examine de près la solution de continuité, on se rend compte de son étendue, de sa direction, de l'état de ses bords, et l'on s'assure qu'elle se prête bien à une réunion. On peut, d'ailleurs, sans dommage, rétrécir notablement, par la suture, le calibre du tronc veineux, car, d'après les expériences de Taddei (1), ce rétrécissement pourrait être porté un peu au delà de la moitié du diamètre.

Le gros point, c'est d'*accoler exactement et solidement les deux lèvres de la plaie ;* il est inutile et toujours illusoire de chercher à faire une suture à la Lembert, en ne chargeant sur l'aiguille que les tuniques externe et moyenne, sans traverser l'endo-veine ; la minceur de la paroi rend impossible, en pratique, l'application réelle de ce procédé, et le mieux est de faire, d'emblée et franchement, une suture perforante.

On se servira, de préférence, d'aiguilles rondes, qui forent un orifices régulier et totalement obturé par le fil ; pourtant, si l'on est pris de court, toute aiguille fine et même l'aiguille intestinale de Reverdin peut être utilisée : on prendra soin de bien tendre le bord de la plaie et de faire pénétrer l'aiguille bien perpendiculairement, pour éviter toute éraillure et toute fissure de la paroi. La soie 00 est très recommandable ; le catgut obture complètement les orifices pariétaux et supprime tout suintement sanguin. Le fil de lin peut servir également : ce qui importe, c'est d'avoir un fil fin et solide, qui tienne assez longtemps, et qui, de plus, soit assez souple pour se laisser plier au niveau du chas de l'aiguille sans former là une intumescence notable qui éraille et distende les trous de la paroi : c'est la soie qui répondra le mieux à ces desiderata.

On fera un surjet, à points rapprochés, qui chargeront les deux lèvres de la paroi veineuse, à deux millimètres environ de la plaie, et qui seront bien serrés, sans-à-coup, doucement, mais à fond : un point d'arrêt, toutes les deux ou trois anses, si la suture doit être un peu longue, assurera la bonne tenue du surjet. Il sera bon de le faire commencer et finir un peu au delà des deux extrémités de plaie : c'est aux deux bouts, en effet, que, très souvent, la réunion faite, cela saigne un peu ; d'ailleurs, un point complémentaire, à ce niveau, donnerait le même résultat, et, s'il le faut, on en appliquera quelques autres le long de la ligne de réunion. On doit être prévenu, en effet, que la suture une fois faite et l'hémostase provisoire supprimée, on verra presque toujours se produire un suintement sanguin, quelquefois notable : il est inévitable qu'un peu de sang sourde le long des fils. On exercera pendant quelques instants une compression modérée avec un

(1) Taddei, Ricerche speriment. sulle plastica della parete venosa, *Gaz. degli ospedali e delle clin.*, 1901, n° 105.

gros tampon : assez souvent, cela suffit, ou bien, le tampon doucement relevé, on aperçoit quelques points qui donnent encore et l'on y passe quelques fils complémentaires. Enfin une bonne pratique consiste à réunir, en un second plan, les tissus fibro-conjonctifs, péri-vasculaires, les débris de la gaine tangentielle, par-dessus la veine suturée.

Il n'y a donc là rien de spécial ni de compliqué, et, nous tenons à le répéter, le mieux est de suturer la plaie veineuse comme on le fera de toute autre plaie, en ayant soin d'assurer un large et solide contact des deux lèvres.

La même formule paraît aussi applicable à la *suture circulaire*, bout à bout, et la pratique la plus simple est aussi celle qui semble donner les meilleurs résultats expérimentaux ; nous rappellerons d'ailleurs que, dans l'observation humaine de Kümmell, citée plus haut, les deux bouts de la veine fémorale, réséquée, avaient été réunis très simplement par une suture circulaire.

Les procédés de réunion « par invagination », étudiés et préconisés par Glück, par Murphy, pour les artères, ne sont plus applicables aux troncs veineux, de paroi trop mince et trop dépressible. Quant à la réunion sur prothèse, nous avons indiqué le fait humain de Payr, et nous ne pouvons que rappeler ici les longues recherches expérimentales auxquelles il s'est livré ; nous dirons seulement qu'en chirurgie humaine le procédé n'est pas sans présenter quelque complexité, qu'il suppose une certaine étude préalable, et, d'autre part, la présence, sous la main de l'opérateur, de cylindres de magnésium tout préparés, alors que la nécessité de réunir une grosse veine est toujours une éventualité toute fortuite et inattendue. Du reste, les expériences publiées en 1903 par Jensen (1) ne sont guère favorables à la prothèse veineuse : sur 10 cas, où l'auteur eut recours à la réunion prothétique des veines divisées, 2 fois seulement le vaisseau resta perméable, 8 fois il se produisit une thrombose complète ; sur 7 cas où il employa la suture pure et simple, 4 fois la veine conserva sa lumière ; il conclut que c'est à la suture des deux bouts, par des fils en U, ou plus simplement par un surjet circulaire, que la préférence doit être réservée.

Il y a, en effet, deux procédés généraux de réunion par des fils. Dans l'un, on éverse circulairement l'extrémité des deux bouts veineux, en formant ainsi une sorte de collerette périphérique : c'est ce que Clermont (2) avait dénommé la suture « rabattue » ; avec une pince à disséquer, il retroussait en dehors, sur une étendue d'un demi-centimètre, les deux bouts, et accolait l'une à l'autre les deux portions retroussées « comme sont accollés les tuyaux de fonte qui mènent l'eau dans les villes ». Il réunissait alors par un faufil la base des deux segments accolés et fixait leurs bords libres par un surjet. On obtient le même résultat avec les points en U : on passe en travers, de dehors en dedans, dans l'un des bouts, à un demi-centimètre de la section, une série de fils en anse, puis les deux chefs de chacun de ces fils traversent, de dedans en dehors, à même distance de la section, le bout inférieur ; en tirant sur ces chefs libres, et en les nouant, on éverse les extrémités des deux cylindres veineux, qui viennent, en collerette, s'appliquer l'un à l'autre

(1) G. Jensen, Uber circulære Gefæssutur, *Archiv f. klin. Chir.*, 1903. LXIX, p. 938.
(2) Clermont, Suture latérale et circulaire des veines, *Presse médicale*, 1901, n° 40.

par leur face interne ; un surjet sur le bord libre achève la besogne. Et cette besogne est toujours assez malaisée sur la paroi flasque d'une veine ouverte. Aussi, bien que cette façon de faire ait l'avantage de conserver au vaisseau tout son calibre, la suture circulaire pure et simple est-elle plus pratique.

Pour l'exécuter régulièrement et sans peine, une excellente précaution consiste à passer d'abord trois fils équidistants, qui permettent de tendre et de fixer les deux parois veineuses ; Carrel (1) avait indiqué ce détail de technique : il menait, de dehors en dedans, dans la circonférence de l'un des bouts, trois fils d'appui, en trois points équidistants, puis il leur faisait traverser, de dedans en dehors l'autre bout : chacun d'eux était alors serré et noué, et les deux chefs saisis avec une pince. En exerçant une traction excentrique sur ces trois pinces, on transformait en triange équilatéral le plan circulaire de section à réunir, et le surjet était conduit sur toute la circonférence. Jensen insiste également sur les deux ou trois points séparés qu'il commençait par faire sur les deux bouts veineux en présence, et qui servaient à tendre et à présenter les deux parois au surjet perforant de réunion circulaire. Grâce à cette pratique, on réduit au minimum le rétrécissement du tronc veineux.

Ces procédés sont intéressants à connaître, quelle que soit la rareté — actuelle de leur application : ils se retrouvent, d'ailleurs, dans la technique des anastomoses, dont nous aurons plus loin à dire quelques mots.

---

(1) Carrel, La technique opératoire des anastomoses vasculaires et la transplantation des viscères, *Lyon Médical*, 8 juin 1902.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux.

Traitement du choléra, par THÉBAUD (*La Presse Médicale*, 22 août 1906. — L'auteur, qui a soigné en Indo-Chine 1.354 cas de choléra, tire de sa pratique une série de règles que nous résumerons ainsi : La médication par les injections de sérum de Hayem, aidée de l'acide tartrique, de l'opium, de l'alcool, des bains chauds, n'est efficace que si la maladie n'est pas arrivée à la période algide nettement caractérisée.

Le traitement par le calomel à doses minimes et répétées est dépressif, partant dangereux.

La suppression de tout médicament, pratiquée dans quelques villages cambodgiens, donne un pourcentage de guérisons égal à celui de nos méthodes européennes.

L'auteur, atteint lui-même du choléra, constata que les injections de sérum donnent un bien-être passager et bientôt suivi d'une aggravation dans les symptômes. Torturé par la soif, il but de grandes quantités d'eau de Vichy, et, à partir de ce moment, son état s'améliora. Cet exemple lui fit expérimenter le bicarbonate de soude dans un village annamite où tous les cholériques avaient succombé. Il recommanda en conséquence, dès la première selle séreuse, 50 gr. de rhum avec un peu d'eau et, de suite après, une cuillerée du mélange suivant :

Laudanum	XX gouttes
Eau	250 grammes

On continue à la dose d'une cuillerée à dessert toutes les heures.

Dès que les symptômes s'aggravent, on injecte en une fois, sous la peau de l'abdomen, la solution suivante :

Bicarbonate de soude.....	2 gr.
Eau distillée.....	20 gr.

Us. ext.

Deux heures après, le malade boira une solution de bicarbonate de soude à 3 00/00 (3 litres en 24 heures).

Si, 15 heures après la première injection, l'état ne s'est pas amélioré, on fait une deuxième injection semblable.

En même temps, on réchauffe le malade par l'air réchauffé à 45°, au moyen de fourneaux remplis de charbons ardents placés sous le lit ; des cerceaux recouverts de couvertures entourent le lit (méthode annamite).

Huit malades ainsi traités ont tous guéri.

E. VOGT.

La sérothérapie antidiphtérique, par HOUGARDY (*Le Scalpel*, 30 sept. 1906). — Dans ce travail, l'auteur attire l'attention surtout sur l'utilité des injections préventives du sérum de Roux chez toutes les personnes qui ont été en contact avec un diphtérique. La première préoccupation du médecin auprès d'un malade atteint de diphtérie doit être de neutraliser, par l'injection en une fois, d'une dose forte de sérum (20 à 40 cc.), suivant l'âge, les toxines diphtériques qui ont pu être résorbées. Mais il faut songer aussi à prévenir la propagation de la maladie. Si la preuve de la diphtérie est faite d'une façon certaine par l'examen bactériologique, il faut recourir aux injections préventives de sérum antidiphtérique dans l'entourage du malade Les accidents dûs à l'injection de sérum ne se présentent pas avec une grande fréquence ; quelquefois on observe une albuminurie passagère dont le régime lacté a

raison en deux ou trois jours. Les exanthèmes sériques sont très bénins et n'entraînent qu'un léger mouvement fébrile passager. Les abcès, quand ils se produisent, sont la conséquence d'un manque de soin pendant l'injection. Les injections préventives sont de pratique courante dans le service du professeur Heubner, à la Charité de Berlin, tous les enfants dans les deux jours de leur admission reçoivent une injection de sérum de Behring que l'on répète toutes les trois semaines. La diphtérie survenant, très souvent peu après une atteinte de rougeole et pouvant, dans ces conditions, se localiser d'emblée au larynx pour donner lieu au croup d'emblée, les enfants atteints de rougeole reçoivent également une injection préventive de sérum antidiphtérique. Ces mesures prophylactiques donnent des résultats excellents.

Dans la clientèle privée, le médecin rencontre des obstacles auprès des clients qui redoutent une opération douloureuse ou les frais occasionnés par l'achat du sérum. Malgré ces difficultés, on pourra presque toujours faire accepter ces injections préventives. L. JUMON.

Valeur thérapeutique de l'acide formique dans la diphtérie, par DAVID H. CROOM (*Edinb. med.* J. octobre 1906). — En dehors du traitement local dans la diphtérie, et du traitement antitoxique, il est indiqué surtout, de stimuler le malade, surtout par la stychnine, le strophantus, la digitale. Mais tous ces agents élèvent la pression sanguine, et peuvent en raison de ce fait, aggraver l'état des reins. Dans l'acide formique et les formiates, les propriétés stimulantes ne sont pas obtenues d'une façon aussi marquée aux dépens de la pression sanguine, leur action est musculaire et les effets sont beaucoup plus durables. Aussi l'auteur a-t-il pensé qu'il y aurait avantage à utiliser les propriétés de l'acide formique et des formiates dans la diphtérie. C'est ce qu'il a fait dans 100 cas. Tous les malades à leur admission, recevaient 5 à 20 gouttes d'une solution à 25 0/0, suivant l'âge du malade et la gravité de la maladie. Le traitement était continué durant quatorze jours, puis réduits à 5 et 10 gouttes pendant 15 à 18 jours. Quant au traitement antitoxique, il était le même.

Dans tous les cas qui ont été traités, en outre, par l'acide formique, on a constaté une remarquable régularité du pouls, même après que des irrégularités avaient auparavant été observées. Sauf dans quatre cas, le pouls devint régulier en quatre jours, et le plus souvent en trois jours. La nutrition générale des patients était notablement améliorée, ainsi qu'en témoignaient l'appétit, l'absence de dépression, etc. Bien que les effets diurétiques de l'acide formique et des formiates n'aient pas été prononcés, cependant le pourcentage de l'albumine est tombé de 30 0/0 à 10 0/0. De ses observations, l'auteur conclut que l'acide formique possède une action stimulante distincte sur le cœur et que, si avant son administration, la toxémie n'est pas trop profonde, la nutrition générale et la vitalité des muscles s'améliorent assez pour surmonter les effets de la toxémie de cette maladie et empêcher le développement de lésions dégénératives.

L. JUMON.

Vaccination antivarioleuse par le cordon ombilical, par V. P. JOUKOVSKY (*Roussky Vratch*, 1906, n° 37). — On sait que les nouveau-nés sont très sensibles au vaccin antivariolique et qu'ils le supportent admirablement bien. Partant de ce fait, l'auteur, privat docent de pédiatrie à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg, a institué, sur une centaine de nouveau-nés de la Maternité de Saint-Pétersbourg, des essais de vaccination antivarioleuse par l'intermédiaire du cordon ombilical. Dans sa communication à ce sujet, qui n'est qu'une courte note préliminaire, il ne renseigne pas sur la technique de son procédé de vaccination, dont les effets sont brièvement indiqués.

L'infection vaccinale par l'ombilic est toujours accompagnée d'une fièvre légère et de courte durée. Le cordon se détache normalement et on n'y trouve aucune trace des vaccinations qui y furent pratiquées. Jamais on n'observe d'altérations pathologiques quelconques du cordon lui-même ni de ses vaisseaux. Les nouveau-nés vaccinés par l'intermédiaire du cordon ombilical se sont toujours montrés réfractaires aux inoculations de vaccin, qu'on leur faisait plus tard aux bras.

L'auteur poursuit ces essais sur lesquels il publiera prochainement un mémoire complet. V. DE HOLSTEIN.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Note sur le traitement du diabète sucré, par WILLIAMSON (*Treatment*, sept. 1906). — L'auteur relate plusieurs cas de diabète traités avec succès par l'aspirine, qui est

un bon médicament, mais seulement dans les formes légères de la maladie, il est en même temps nécessaire de restreindre un peu le régime. Dans un cas, il s'agissait d'une femme de soixante-six ans, qui rendait 50 gr. de sucre par litre et 1.600 gr. d'urine en 24 heures. Le régime, qui était celui de l'hôpital, comprenait du pain blanc, des pommes de terre et du riz, mais pas de sucre. En continuant ce même régime, on essaya différents médicaments. De 50 gr., le sucre tomba à 24 gr. avec le camphre, varia de 15 à 25 gr. avec le salol et tomba à 2 gr. environ avec 1 gr. d'aspirine quatre fois par jour. Au bout d'une période de neuf jours, l'urine ne contenait plus de sucre. L'auteur recommande encore la poudre de cacao pour préparer des cakes et des puddings.

L. JUMON.

Les intoxications acides, par LANGDON BROWN (*Treatment*, sept. 1906). — Lorsqu'on introduit des acides dans la circulation chez les animaux, si ceux-ci sont carnivores, les tissus se défendent eux-mêmes contre les acides en produisant de l'ammoniaque pour les neutraliser, et dans l'urine, on trouve une augmentation des sels ammoniacaux aux dépens de l'urée. Chez un animal herbivore, cette formation protectrice d'ammoniaque est moins marquée. L'excès de carbonates alcalins dans le sang, les protège contre l'intoxication acide ; mais lorsque ceux-ci ont été neutralisés, de nouvelles doses d'acide abaissent l'alcalinité du sang. Il en résulte que l'acide carbonique est retenu dans les tissus et menace l'organisme de l'asphyxie. Des convulsions et le coma peuvent survenir. L'augmentation dans l'urine de sels ammoniacaux, la diminution de l'urée sont les signes de cette intoxication acide. L'acide diacétique apparaît dans l'urine dans divers états morbides qui ont pour point commun : l'inanition relative des tissus, quand on supprime les hydrates de carbone, comme dans le diabète, la désintégration excessive des tissus graisseux. Ces conditions sont souvent associées, car dans les cas d'inanition des tissus, ceux-ci essayent de vivre aux dépens de la graisse. Le rôle des hydrates de carbone, d'après V. Noorden, est de pourvoir les tissus d'oxygène que les hydrates contiennent en abondance. La première indication pour prévenir les effets de l'intoxication acide, est de supprimer les graisses de l'alimentation et de donner des hydrates de carbone. Dans le diabète, la lévulose peut être donnée jusqu'à 50 ou 100 gr. par jour, mais la farine d'avoine serait aussi efficace. Les bicarbonates jusqu'à 30 gr. par jour, neutralisent les effets toxiques des acides. Dans le coma, on fera une saignée, suivie d'une injection intra-veineuse, d'une solution de bicarbonate de soude à 1 ou 2 0/0.

L. JUMON.

Influence des rayons de Rœntgen sur la nutrition, par BENJAMIN ET V. REUSS (*Munch. med. Woch.*, 18 sept. 1906). — Des expériences de ces auteurs, il résulte que l'organisme normal réagit aux rayons X par une augmentation de l'élimination de l'azote et surtout de l'azote basique. Cette augmentation, qui se produit immédiatement après l'exposition aux rayons, persiste plusieurs jours, puis l'élimination revient à sa valeur normale. Il se produit également une augmentation rapide et très passagère de l'élimination de l'acide phosphorique, à laquelle succède une période très longue de diminution des valeurs d'acide phosphorique éliminé. Il existe un parallèlisme entre les modifications du sang (hyperleucocytose rapidement passagère), les modifications anatomiques du tissu lymphoïde, l'apparition et la rapide disparition de la choline dans le sang et l'augmentation de l'acide phosphorique dans l'urine. Ce parallélisme semble montrer que les rayons de Rœntgen s'attaquent principalement à la lécithine et aux substances congénères.

L. JUMON.

Cas de myxœdème atrophique traité par l'ingestion du corps thyroïde frais, par DUFOUR (*La Clinique infantile*, 1er oct. 1906). — L'observation rapportée a trait à un enfant de 10 ans qui paraissait être âgé de 20 mois, à peine. Depuis l'âge de deux ans, il était assis sur sa chaise, ne sachant ni parler, ni marcher, ni même manger tout seul. Sa physionomie s'était modifiée dans le cours de sa seconde année, en même temps que ses facultés semblaient s'arrêter. Il n'était jamais survenu de maladie, les parents ne présentaient aucune tare. L'aspect de l'enfant était celui d'un myxœdémateux. L'enfant fut soumis pendant trois ans à un régime opothérapique consistant en ingestion d'un lobe thyroïdien cru de mouton tous les jours. Aucun accident n'est survenu pendant ce traitement. Depuis, l'enfant, mis dans une école maternelle, s'est développé au point de vue physique et intellectuel. Il a actuellement 16 ans

et mesure 1 m. 20. Sa langue ne sort plus, mais la parole est grasseyante, surtout rauque et lente. Les cheveux très touffus, restent rudes et secs. Cet enfant ne s'est pas assurément développé jusqu'à un degré normal, mais il a beaucoup acquis par le traitement institué, qui, par la faute des parents n'a pas été assez longtemps poursuivi. Il pourra cependant se servir lui-même et pourvoir, dans une certaine mesure, à sa propre existence. Sans l'emploi du corps thyroïde, cet enfant serait resté un être purement végétatif.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Cholécystite et appendicite concomitantes, cholécystectomie sous-séreuse et appendicectomie, par TIXIER (*La Province médicale*, 29 sept. 1906). — La propagation de la péritonie sous hépatique, d'origine biliaire, propagée secondairement à la région de l'appendice, fut très nette dans ce cas. Il s'agit d'une femme de 40 ans, ancienne lithiasique, qui fut prise subitement de vomissements, puis de douleurs dans l'hypocondre droit. La malade fut mise à la diète absolue et on appliqua une vessie de glace sur le ventre. La température (39°) diminua peu à peu, les douleurs s'atténuèrent et la tuméfaction disparut progressivement pour ne persister pendant quelque temps que dans la région vésiculaire. Sept semaines environ après le début des accidents, l'opération fut faite : incision de Jalaguier sur le bord extrême du droit, remontant très haut, de façon à atteindre facilement l'appendice et la vésicule ; résection de l'appendice adhérent à la face postérieure du cœcum et enfouissement du moignon sous une collerette du péritoine ; section de brides péritonéales nombreuses.

La vésicule était pleine de calculs et était réunie au colon par des brides péritonéales que l'on détruisit. On procéda alors à la cholécystectomie sous-séreuse. Incision circulaire de la séreuse vers le milieu de la vésicule : on rabat la séreuse en arrière ; section de la vésicule vers son extrémité postérieure. On en sort quatre volumineux calculs. Fermeture de la paroi de la vésicule aux tendons de renne ; fermeture de la séreuse par dessus. Un petit drain est mis à côté de la portion restante de la vésicule et on referme la paroi. Le drain fut retiré au troisième jour. La malade quitta le service complètement guérie. L'appendice ne contenait pas de pus et les signes d'inflammation récente se voyaient surtout au niveau de son péritoine.

L. JUMON.

Un cas de fistule à l'anus traité et guéri par les courants de haute fréquence, par RONNEAUX (*Ann. d'électr. et de radiologie*, juillet 1906). Le traitement a consisté dans l'introduction dans l'anus d'une électrode métallique en forme de cône, reliée à l'extrémité supérieure du résonateur Oudin. Durée des séances, 10 minutes, avec intensité assez élevée.

Dès le lendemain de la première séance, l'écoulement a été moindre : après la 11e séance, la cicatrisation est complète, les tissus sont souples. Pas de récidive malgré un mauvais état général avec lésions pulmonaires.

E. VOGT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Notes sur le traitement de l'hyperchlorhydrie, par DOCQ (*Annales de la policlinique de Bruxelles*, août 1906). — Il faudra, avant tout, soumettre à un régime sévère tout malade souffrant d'une dyspepsie hyperchlorhydrique caractérisée par les crampes, douleurs tardives avec aigreurs, renvois acides, brûlants, l'amaigrissement contrastant avec la conservation de l'appétit.

Au début, le malade doit être mis au lait : 4 à 5 litres de lait par jour, à prendre toutes les deux heures par moitié de litre. Le lait sera bouilli, sans sucre, ni sel, et sera pris par petites gorgées, de manière à prendre le demi-litre en un quart d'heure. Le malade tolère mieux le régime lacté en se rinçant la bouche avec une teinture aromatique quelconque. Ce régime sera suivi pendant six à huit jours, on se guidera, en tout cas, sur la disparition plus ou moins complète des phénomènes dyspeptiques.

Les alcalins seront donnés, suivant le précepte de Mathieu, seulement à l'occa-

sion des douleurs, du pyrosis, des renvois aigres. L'auteur prescrit :

Bicarbonate de soude.....	0 50
Magnésie calcinée.....	0 75
Craie préparée.....	0 25
Sous-nitrate de bismuth.....	0 25

pour un paquet n° 10.

Prendre un paquet dans du lait ou de l'eau au moment des douleurs.

Il est utile de faire rester les malades au moins dix heures au lit la nuit et, au besoin, une ou deux heures après la prise de lait de midi. On peut faire appliquer sur le ventre pendant les heures de repos un grand enveloppement humide.

Pour faciliter l'application du traitement, il faudra recourir à quelques adjuvants. Bien souvent il faudra aromatiser le lait avec de l'eau de fleur d'oranger, de la vanille, le faire boire froid plutôt que chaud, afin de le rendre plus supportable. Il faudra combattre la constipation due au régime par un lavement chaud de décoction de guimauve ou une infusion de fleurs de frangule le matin à jeun. S'il se produit de la diarrhée on la combattra par divers moyens. On fera bouillir le lait le plus longtemps possible pour en diminuer le volume. On pourra y ajouter une à deux cuillérées d'eau de chaux seconde pour en faciliter la digestion. On pourra recourir au laudanum, 5 gouttes avant chaque prise de lait. Si la tolérance ne s'obtient pas, on le remplacera par le bouillon de légumes.

L. JUMON.

Sur le traitement de la colique muqueuse, par MACDONALD (*The Practitioner*, octobre 1906). — On s'accorde généralement à reconnaître que la colique muqueuse est une affection non inflammatoire, mais sécrétoire, motrice et qu'elle est une névrose de la sensibilité. Elle survient, en effet, surtout chez les névropathes, d'où sans doute, sa grande fréquence chez les femmes, elle est apyrétique même pendant la phase aiguë de l'attaque, dans la majorité des cas il y a eu des troubles digestifs antérieurs, enfin elle peut succéder à une attaque d'influenza de forme abdominale. Au point de vue du diagnostic, la principale difficulté est de la distinguer de la colite muqueuse. L'affection est associée à des troubles digestifs pendant l'attaque et dans les intervalles. Les évacuations se présentent d'une façon périodique et ressemblent à des matières muqueuses, à du frai de grenouille, parfois le mucus forme des bandes plus ou moins longues. La colite muqueuse est associée à la dysménorrhée.

La première indication dans la colique muqueuse est de combattre la constipation par le régime et les préparations médicinales, qui tendent à rendre la tonicité à la paroi musculaire de l'intestin. Les lavages intestinaux et les injections rectales d'huile d'olive sont utiles. L'auteur donne tous les jours des injections d'un demi-litre d'eau tiède additionnée de quinze grammes de sulfate de magnésie et d'une cuillerée à dessert de glycérine le matin et pendant la période aiguë de la maladie. Au bout de quelque temps il prescrit des pilules contenant du fer, de la noix vomique et de la belladone.

Le massage des intestins à travers la paroi abdominale est très utile ; le malade peut lui-même le pratiquer tous les jours avec une balle pesant environ quatre livres. Le traitement diététique consiste surtout dans l'usage d'aliments laissant une grande quantité de résidus dans l'intestin. Cependant il ne faudrait pas appliquer indistinctement dans tous les cas un régime uniforme contenant beaucoup de résidus indigestes, mais il faut tenir compte de tous les éléments morbides dans chaque cas et essayer des régimes variés.

L. JUMON.

Quelques remarques sur l'alimentation dans les maladies, par ROMBERG (*Munch. med. Woch.*, 25 sept. 1906). — Dans l'alimentation des malades, on doit considérer la fonction de l'appareil digestif, les lésions éventuelles des organes qui exigent une alimentation particulière et l'état général du malade.

L'auteur insiste sur l'importance d'un apport suffisant de calories pour maintenir l'équilibre organique, surtout lorsqu'on est obligé de recourir à une alimentation liquide. On évite ainsi les accidents d'asthénie cardiaque dans les maladies fébriles, dans les états dyspeptiques graves. Il en est de même lorsqu'il faut restreindre l'alimentation ou supprimer certains aliments comme dans le diabète. Chez les obèses qui sont anémiques et faibles il faut souvent prescrire une alimentation azotée abondante.

Mais l'auteur discute surtout les indications qui se présentent d'après l'état de l'estomac et de l'intestin. Il faut diminuer de graisse dans le cas de sub. — et d'anacidité, défendre souvent le lait, qui est une graisse émulsionnée, et les œufs dans

les troubles graves de l'estomac. Le sucre en grande quantité est souvent mal supporté. Dans l'ictère, il faut éviter le lait.

Dans l'hyperacidité les graisses souvent, le lait et les œufs sont presque toujours bien supportés. A chaque repas, il faut donner une certaine quantité d'hydrates de carbone. Pour régler la fonction intestinale, il faut recourir à la cellulose, à la graisse, aux acides végétaux, au sucre et au sel. Dans la constipation spasmodique, la colique muqueuse, il faut avoir soin de donner ces aliments très divisés, parfois même, si les troubles sont graves, l'alimentation liquide s'impose. On doit encore surveiller la quantité d'eau ingérée. Parmi les excitants, il faudra, en général, proscrire les épices, les aliments acides. Les matières extractives de la viande ont souvent une action utile dans la subacidité.

On peut se passer des préparations artificielles d'albumine dans tous les cas où l'alimentation naturelle est suffisante.

Les aliments gras qui arrêtent la sécrétion gastrique doivent être évités dans l'anacidité. Ils sont bien supportés, au contraire, dans l'hyperacidité, dans ce cas on pourra donner le lait et les hydrates de carbone. Dans la subacidité, on donnera de la viande. mais les hydrates de carbone doivent être donnés à part pour ne pas diminuer la sécrétion gastrique. Si la fonction motrice et sécrétoire est affaiblie, les aliments doivent être finement divisés ou liquides pour pouvoir passer rapidement dans l'intestin.

En ce qui concerne l'action de l'acide chlorhydrique, l'expérience a montré qu'il en faut de très petites quantités pour atteindre un bon résultat ; d'après Paulow, l'utilité de l'acide chlorhydrique doit peut-être être attribuée à une action stimulante sur le pancréas, tandis que les alcalins dans l'hyperacidité agissent directement en diminuant la sécrétion gastrique

L. JUMON.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Nature et traitement de l'asthme bronchique spasmodique, par G. S. HAYNES (*The Practitioner*, oct. 1906). — L'asthme bronchique est causé par le spasme des petites bronches à la suite de l'excitation centrale, périphérique ou réflexe du nerf pneumogastrique. Le traitement se réduit à accroître constamment la stabilité du centre respiratoire et à déterminer le relâchement temporaire des muscles bronchiques contracturés pendant l'attaque. En premier lieu, il faut s'efforcer d'améliorer l'état général du patient. En ce qui concerne le climat, chaque malade connaît en général celui qui lui convient le mieux. Les uns recherchent un climat sec, d'autres un climat humide, les uns la plaine, les autres la montagne. En général, il faut éviter le bord de la mer, les terrains humides et choisir une localité chaude. Il est essentiel de régler convenablement le régime ; il est avantageux pour les malades de faire de petits repas à des intervalles réguliers, mais de manger peu de viande et d'éviter le dernier repas du soir. Les boissons gazeuses sont mal tolérées, mais l'alcool en quantité modérée est permis. L'exercice au grand air doit être régulier, en évitant toute fatigue. Les médicaments qui tendent à diminuer l'instabilité du centre respiratoire sont l'arsenic, la strychnine et les bromures. L'iodure de potassium aux doses de 0 gr. 60 à 1 gr., associé à la teinture de lobélie, de stramonium ou de belladone, a l'avantage de diminuer la fréquence des paroxysmes. Il faut soigneusement traiter les troubles digestifs.

Comme mesure prophylactique, on peut cautériser la muqueuse nasale avec le galvanocautère, après insensibilisation par une solution à 10 0/0 de cocaïne.

Pour combattre le paroxysme, on peut recourir aux médications capables de relâcher les muscles bronchiques contracturés, en agissant sur le centre ou à la périphérie. S'il y a des raisons de croire que l'estomac surchargé est le point de départ du réflexe, il faut rapidement donner un vomitif ; s'il existe quelque irritation nasale, on peut essayer le spray de cocaïne à 5 0/0. Le chloroforme, l'éther, le nitrite d'amyle en inhalation relâchent les fibres musculaires, mais leur action est très temporaire. On peut faire une injection d'atropine (0 gr. 0006), ou recourir aux inhalations des fumées de feuilles de belladone, de jusquiame, de stramonium.

Parmi les médicaments agissant sur les centres, la morphine se place au premier rang, on peut faire une injection de un centigramme, avec 0 gr. 0006 de sulfate d'atropine. La paraldéhyde à dose de 6 à 8 gr. dans du sirop d'orange ou une infusion de

senega est un excellent médicament, qui ne déprime pas le cœur et coupe rapidement le paroxysme. La seule objection à son emploi est son odeur désagréable.

Il est quelquefois utile de donner de la phénacétine et de l'antipyrine, ces médicaments ont une légère action hypnotique, ils diminuent la douleur et la sensibilité réflexe de la moelle. La caféine agit comme stimulant des centres et en relâchant légèrement les muscles. On peut donner 0 gr. 60 de citrate de caféine ou encore une forte infusion de café ou de thé. L'adrénaline ne mérite pas d'être recommandée dans tous les cas.

L. JUMON.

La valeur diurétique de la ponction pleurale chez les cardiaques et les rénaux, par HUCHARD et N. FIESSINGER (*Journal des praticiens*, 8 septembre 06). — La ponction pleurale permet de distinguer les œdèmes cardiaques des œdèmes rénaux, par la diurèse consécutive qui est l'apanage des premiers : en même temps, l'état général s'améliore et la dyspnée diminue. La ponction indistinctement faite chez un malade à droite ou à gauche, a toujours donné la même action diurétique : celle-ci ne se soutient pas plus de 2 jours. La diminution de poids est en général plus marquée que la quantité de liquide enlevée par la ponction.

Chez les néphritiques, la dyspnée est, il est vrai, soulagée, l'amélioration post-évacuatrice n'est que fonctionnelle, mais les œdèmes persistent sans se modifier, le poids se maintient au même taux : pas de diurèse après les ponctions.

Donc, chez les cardiaques, il faut toujours procéder à l'évacuation d'un épanchement pleural unilatéral ou bilatéral, car on peut déterminer une diurèse par cette intervention : cette diurèse ne peut pas toujours s'obtenir par le traitement (digitale ou théobromine), avant l'évacuation complète des deux plèvres.

E. VOGT.

Rapport sur le traitement des tuberculeux de l'hôpital samaritain de Philadelphie, par ROSS TAYLOR (*Ther. Gazette*, 15 septembre 1906). — Voici comment l'auteur formule les règles du traitement suivi dans cet hôpital. On instruira d'abord les malades sur les mesures préventives à prendre pour diminuer l'extension de la maladie. On assurera le maximum d'air et de repos. Le lait et les œufs crus, s'ils sont tolérés, formeront la base du régime. Les médicaments ne doivent être employés qu'en cas de nécessité. Pour les malades, les prescriptions relatives à la propreté et à l'hygiène sont imprimées et distribuées à chaque malade.

Le repos complet au lit est de douze heures, de neuf heures du soir à neuf heures du matin, les fenêtres ouvertes. Si le temps est froid, la tête doit être couverte. Pendant le jour, les malades se livrent à des exercices suivant leurs forces, mais jamais jusqu'à la fatigue. Les principales contre-indications à l'exercice sont l'hémoptysie et la fièvre. Pour combattre l'hémoptysie, l'auteur se sert de l'adrénaline, malgré les objections qu'on a élevées contre ce traitement

Dès le début, les malades prennent trois œufs par jour dans du lait, puis augmentent d'un œuf tous les trois jours. On suspend ce régime dès qu'il survient le moindre trouble digestif. Si le malade a une répulsion invincible pour les œufs et le lait, on lui fait prendre une petite dose d'huile d'olive pure. Dans un cas, le malade put absorber un demi-litre d'huile d'olive par jour et augmenta de 14 livres en six semaines.

La toux est un des symptômes qui réclament un traitement,surtout lorsqu'elle trouble le repos la nuit. L'auteur donne 0,0025 de chlorhydrate d'héroïne toutes les deux heures. Contre la constipation, il recommande les préparations de cascara.

Les exercices respiratoires sont particulièrement indiqués chez les sujets tuberculeux ou qui manifestent une prédisposition à la maladie par l'exagération des creux sus et sous-claviculaires.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Le traitement de l'épilepsie, par le Professeur REDLICH (*Deutsche med. Wochenschrift*, 13 sept. 1906). — L'auteur ne considère pas le bromure comme un spécifique; le médicament se borne à diminuer l'excitabilité réflexe des centres nerveux. Il ne faut pas dépasser les doses suffisantes pour faire disparaître ou au moins raréfier les accès : il est utile de s'en tenir longtemps à la dose qui convient à chaque malade. On n'oubliera pas non plus de tenir compte de ce fait que même chez les sujets non traités, la maladie peut subir des temps d'arrêt.

Il est toujours indiqué de donner le bromure avec beaucoup d'eau, après les repas : si les accès sont nocturnes, on fera prendre la presque totalité du médicament avant de se coucher. La saturation de l'organisme ne va pas sans quelques inconvénients qu'il est difficile d'éviter ; parmi eux, l'acné bromique est surtout désagréable pour les malades. L'administration simultanée de préparations arsenicales ou ferrugineuses, constitue un bon moyen pour combattre cette acné. On arrivera au même résultat en prescrivant la bromipine, que quelques malades n'acceptent toutefois pas, à cause du goût d'huile de la préparation. Le neuronal (bromodiéthylacétamide), à la dose de 0 gr. 5, deux ou trois fois par jour, en solution ou cachets, ne se prête pas à un emploi prolongé, car il provoque des somnolences : ce remède est utile dans les cas compliqués d'excitabilité mentale et de délires.

Dans la méthode de Flechsig, le bromure est remplacé pendant quelque temps par l'opium (on peut atteindre des doses de 1 gr. par jour, en suivant une progression lente) ; on arrête ensuite brusquement ce dernier, et on administre des doses de bromure très élevées (8 gr.), pour arriver peu à peu à des doses normales. On observe indubitablement dans ces conditions des effets remarquables, mais la cure a de graves inconvénients, même des dangers, surtout au moment où l'on donne l'opium. La méthode n'est applicable qu'à l'hôpital, car elle demande des soins accessoires minutieux et une grande surveillance. Les sujets âgés et ceux qui présentent des troubles mentaux permanents ne doivent pas être traités par cette méthode.

En revanche, on a beaucoup de chances de réussir en s'adressant à des sujets jeunes, ayant beaucoup d'accès, et se trouvant dans un bon état de santé.

La belladone et surtout l'atropine (jusqu'à 2 milligr. par jour), réussissent parfois là où les bromures ont échoué, mais ces cas sont très rares.

L'état de mal sera combattu par des lavements de chloral (2 gr. par dose, jusqu'à 3 fois par jour), d'hydrate d'amylène (4 à 6 gr. par dose), de dormiol (4 gr.). Si le cœur est faible, on ajoutera au lavement du strophantus ou de la digitale ; dans les cas désespérés, on recourra aux inhalations de chloroforme. E. Vogt.

Emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie, par J. et R. Voisin (*La Presse Médicale*, 25 août 1906). — Les auteurs, après de nombreux essais, préfèrent le bromure de potassium, dont on facilite l'assimilation par l'hydrothérapie, les bains salés, les frictions, le massage, etc., et la pilocarpine.

Bromure de potassium.....	70 gr.
Nitrate de pilocarpine.....	0 gr. 035
Sirop d'éc. d'oranges amères..	400 gr.
Eau	600 gr.

Les doses quotidiennes varieront, cela va sans dire : il faut tâter la sensibilité de chaque malade, voir les effets produits, etc.

On donnera, avant chaque repas, la moitié de la dose journalière. L'intoxication ne doit pas être recherchée : on donnera une dose journalière constante, avec cessation du médicament et purgations salines lorsqu'un état gastrique prononcé se manifestera.

La déchloruration augmente le pouvoir du bromure de potassium quand elle est instituée au cours d'une bromuration. D'autre part, instituée après une bromuration, elle permet au bromure pris antérieurement de continuer son action plus longtemps que si le malade était au régime ordinaire.

Il est difficile de faire accepter la déchloruration continue, qui amène, du reste, l'accoutumance : les malades perdent l'appétit, s'amaigrissent rapidement, et l'inanition peut provoquer des troubles mentaux ; en outre, l'intoxication par le bromure apparaît très rapidement et paraît plus grave qu'avec le régime ordinaire : il faut donc déchlorurer d'une façon passagère. Les auteurs recommandent 10 jours de régime ordinaire avec 4 grammes de bromure, 10 jours avec 10 grammes, enfin 10 jours de régime sans sel ni bromure. Dans ce cas, la suppression brusque du bromure n'amène aucun accident ; il n'en est pas de même si on conserve le régime ordinaire au moment de la troisième période, parce que le sel chasse le brumure de ses combinaisons et l'épileptique est ainsi brusquement débromuré.

L'intoxication par les bromures survient sans règles fixes ; elle peut présenter un type aigu ou chronique ; elle peut se terminer par la mort. On combat l'intoxication par la cessation du médicament, l'administration d'une purgation saline ou d'un lavement purgatif, par les bains, les lotions froides, les injections de sérum artificiel.

Pour considérer un épileptique comme guéri, il faut qu'il soit resté un an sans avoir d'accès ; mais, même guéri, l'épilep-

tique doit être attentivement surveillé, car, à la moindre apparition de vertiges, crises nocturnes, troubles mentaux, on fera reprendre le traitement.

E. VOGT

Faut-il mobiliser les hémiplégiques ? par Maurice FABRE (*Le Progrès Médical*, 15 sept. 1906). — Lorsqu'on abandonne à lui-même un hémiplégique, après l'ictus, on voit apparaître, en quelques heures, tout au plus en quelques jours, une arthrite de l'épaule accompagnée d'amyotrophie et de douleur, laquelle entretient et rend, pour ainsi dire, inévitable l'impotence plus ou moins complète et définitive du membre supérieur bientôt atteint de contracture, d'atrophie, de rétractions, d'attitudes vicieuses.

Le membre inférieur échappe, d'ordinaire au moins en partie, à ces complications, et l'on s'est demandé si cette différence de destinée ne tenait pas à ce que le membre inférieur était mobilisé, nécessairement, aussitôt après l'accident, lorsque le malade s'asseyait sur son lit, se levait, commençait à marcher, etc. — De là, l'idée de mobiliser systématiquement les hémiplégiques : l'auteur l'a appliquée à diverses variétés d'hémiplégiques, à des dates plus ou moins rapprochées de l'ictus. Il n'a jamais observé qu'une mobilisation prudente et méthodique, fût-elle commencée dès les premières heures qui suivent l'apparition de l'hémiplégie, ait le moindre inconvénient.

En premier lieu, on atténue les arthrites, et les douleurs qui les accompagnent. On conserve le mouvement passif dans des articulations où il semblait vouloir disparaître. On évite complètement les rétractions, les attitudes vicieuses et définitives. Avec le secours du massage et des courants faradiques, localisés, on influence favorablement les atrophies et les atonies. On peut y joindre aussi l'action des courants continus qui diminuent certainement les douleurs.

Enfin, on ne voit point apparaître les contractures généralisées, progressives, attribuées à la dégénérescence du faisceau pyramidal et considérées comme une complication inévitable de certaines hémiplégies. Si, au début du traitement, les contractures sont déjà constituées, on arrive à les atténuer progressivement et avec elles s'atténuent aussi les fourmillements, les crampes et l'immobilisation spasmodique et momentanée du pied ou de la main dans les attitudes involontaires.

Le traitement est long et minutieux. Il exige plusieurs mois de soins quotidiens et beaucoup de doigté. A certains jours, le repos est nécessaire. Un défaut de mesure dans la dose des exercices peut faire réapparaître des douleurs et exagérer des contractures. Tout cela est affaire de progression méthodique.

Le retour des mouvements volontaires peut être obtenu, dans une certaine proportion, principalement au membre inférieur, pour la raison que, dans l'hémiplégie, comme dans les lésions brusques du système nerveux, les troubles fonctionnels dépassent d'abord de beaucoup l'étendue de la lésion elle-même. Ce qui rend ce retour impossible, dans beaucoup de cas, c'est précisément l'immobilisation acquise des muscles, par la contracture, la douleur, les rétractions, les attitudes vicieuses, etc. En maintenant les articulations libres, les muscles en bon état relatif, en exerçant le malade avec prudence à des exercices volontaires progressifs, on aboutit, en quelques mois, au retour des mouvements spontanés, quelquefois très étendus.

E. VOGT.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE
Médecin des hôpitaux

Le calomel hypodermique, par ROUFFILANGE (*Bull. médical*, 5 sept. 06). — Les injections dont l'auteur parle sont hypodermiques au sens propre du mot. Elles ont l'avantage d'être absolument inoffensives, indolores : le malade n'a pas à suspendre ses occupations et leur efficacité thérapeutique est absolue : la technique est simple, l'évolution superficielle, facile à surveiller.

Enfin, les réactions dues au calomel, avec le maintien de son évidente supériorité sur les autres composés mercuriels, sont ralenties.

L'auteur estime que si l'injection de réaction locale violente, c'est qu'il s'ajoute réaction locale violente, c'est qu'il a ajouté à l'action commune de tous les mercuriaux, l'action puissante, sui généris, des abcès de fixation.

Moins violente que celle de l'essence de térébenthine, l'action locale du calomel n'aboutit pas à la suppuration ; elle n'en détermine pas moins de très puissantes réactions cellulaires.

La vascularisation du tissu cellulaire sous-cutané, moindre que celle des corps

musculaires, détermine une absorption plus lente, d'où mieux tolérée, du dépôt calomélique. On n'observe donc pas, après l'injection sous-cutanée, la réaction fébrile, l'état saburral, l'anorexie, qui suit fréquemment le calomel intra-musculaire ; au moins ces accidents sont-ils très atténués.

L'injection doit être faite à la partie moyenne de la fesse (à distance suffisante des ischions) ; la pointe de l'aiguille doit avoir nettement franchi la zone adipeuse et s'arrêter au-dessus de l'aponévrose, en plein tissu cellulaire ; le piston, poussé avec lenteur, amène dans le tissu 5 à 10 centigrammes de calomel en suspension dans 1 cc. d'huile stérilisée (rendre le mélange bien homogène par forte agitation).

De douleur immédiate, aucune ; au bout de 48 heures, réaction locale plus ou moins intense, rougeur, chaleur, gonflement, mais pas de douleur appréciable.

Après une menace de suppuration, les choses rentrent dans l'ordre, le gonflement cesse, la rougeur se dissipe : au 7e jour, il reste une nodosité de la grosseur d'une noisette ; au 15e jour, elle a disparu. Une fois sur douze ou quinze, la résolution est plus lente et moins complète ; il subsiste un petit noyau superficiel dont la saillie tend à se nécroser, sans nulle réaction douloureuse ; il suffit de la recouvrir d'une rondelle de Vigo ; quelques jours après, une goutte de sérosité brunâtre s'évacue et l'orifice se ferme tout aussitôt.

L'auteur n'a jamais observé d'autres accidents.

L'action curative est identique à celle du calomel profond et notablement supérieure (à poids égal d'hydrargyre) à celle de tous les mercuriaux .

E. Vogt.

Sur un cas d'hématodermite scarlatiniforme guéri par l'usage de la moëlle osseuse, par Leredde (*Revue pratique des mal. cutanées*, juillet 1906).

L'auteur observe en ce moment, une jeune femme atteinte en 1902 d'un éruption généralisée, rouge et desquamative, devenue peu à peu chronique. L'état érythrodermique persista de 1902 à 1905, de temps en temps se produisaient des poussées caractérisées par une congestion plus vive, avec desquamation abondante. La malade maigrit, perdit ses forces : tous les traitements échouèrent, en particulier le traitement arsenical.

L'auteur en 1905, constata un amaigrissement extrême : la peau était tendue, rétractée au niveau de la face et des membres, finement squameuse à la surface.

La malade reçut de la moëlle osseuse de veau à la dose de quarante grammes par jour : huit jours après la malade avait engraissé, sortait et marchait ; au bout d'un mois la peau avait presque repris une apparence normale. Au bout d'un an, la guérison semblait complète, il n'y avait plus de lésions cutanées, ni de phénomènes généraux.

Une poussée congestive, s'étant produite il y a un mois, a été traitée par la même méthode et a cessé de suite.

E. Vogt.

Traitement du lichen ruber plan, par Seifert (*Arch. f. Dermat. u. Syphilis* n° 80, 1906). — L'auteur cite 4 observations, concernant des malades ayant présenté du lichen ruber aux membres inférieurs. L'application de colle de zinc (Oxyde de zinc, gélatine, āā 25 gr., glycérine, eau distillée, āā 50 gr.), en badigeonnages, suivie de l'application d'une bande de tarlatane recouverte d'une nouvelle couche de colle, permet de mettre le membre à l'abri des tentatives de grattage : les démangeaisons cédèrent, du reste, bientôt, et la guérison fut rapidement obtenue. Il est vrai que les patients prenaient en même temps des pilules asiatiques, mais il n'est pas moins certain que le traitement local contribua nettement à la guérison.

E. Vogt.

Effet nocif de la radiumthérapie dans un cas d'épithélioma de la face, par V. M. Boikov (*Roussky journ. kojnikh i vener. bol.* 1906, fasc. 4). — Les rayons X, tout en faisant rétrocéder les néoplasies malignes sur lesquelles ils sont directement appliqués, peuvent, comme on sait, favoriser parfois le développement de métastases cancéreuses. Cet effet nocif ne paraît pas avoir encore été observé en radiumthérapie. L'auteur l'a noté dans l'observation qu'il relate et qui est intéressante aussi au point de vue des rapports, encore fort mal connus, entre la syphilis et le cancroïde.

Une femme âgé de vingt-huit ans seulement, porte depuis six ans, à la joue droite, un cancroïde qui récidiva après l'opération. Cette lésion est apparue un an environ après le mariage de la malade avec un homme présentant des manifestations syphilitiques tertiaires. La malade n'accuse point de symptômes caractéristiques de la syphilis, mais elle est anémique, se plaint

de douleurs rhumatoïdes, et l'on constate chez elle des tuméfactions ganglionnaires multiples. Elle accoucha trois fois, tou jours à terme ; deux enfants sont vivants, mais rachitiques. On soumet le cancroïde à l'action du bromure du radium : la lésion entre en voie de cicatrisation, mais on voit grossir très rapidement les ganglions cervicaux, axillaires et cubitaux, qui étaient déjà tuméfiés antérieurement. On cesse alors les séances radiumthérapiques et on fait prendre à la malade du bi-iodure de mercure et de l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement antisyphilitique mixte, les tuméfactions ganglionnaires diminuent et l'ulcération néoplasique se cicatrise.

L'auteur estime que, dans ce cas, la syphilis avait préparé le terrain au développement d'un épithélioma cutané à un âge auquel cette affection est exceptionnelle.

V. DE HOLSTEIN.

Traitement combiné par la résorcine et les rayons Rœntgen dans le lupus vulgaire (procédé d'Ehrmann), par REINES (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 27 août 1906). — Ce procédé consiste à appliquer sur le point à traiter de la pâte résorcinée à 33 0/0 ; au bout de 12 heures, on enlève la pâte, puis avec la curette on pratique l'ablation des parties cautérisées et on recommence l'application de pâte. On continue ainsi pendant 5 à 6 jours, puis on panse pendant 2 à 3 jours avec une pommade boriquée. Pour agir en profondeur, une fois la couche superficielle détruite, on s'adresse aux rayons X (ampoules demi-molles). On commence par 4 a 5 jours de pâte résorcinée, puis on curette et on soumet aux rayons X la surface suintante : en même temps, on continue le traitement résorciné pour empêcher que les surfaces ne se recouvrent trop hâtivement d'épiderme. Ensuite, on laisse reposer le malade pour reprendre plus tard le traitement s'il y a lieu.

L'avantage de ce procédé consiste dans sa rapidité ; en 5 à 6 mois, avec 15 séances de radiothérapie en moyenne, on obtient la guérison dans la plupart des cas. Il est surtout important, pour l'auteur, de bien détruire avec la résorcine la couche épidermique avant de s'adresser aux rayons X, car cette couche absorbe une partie des rayons actifs. D'un autre côté, l'action irritante de la résorcine place les tissus dans un état de réceptivité plus marqué pour l'action des rayons X.

E. VOGT.

Quelques cas de lupus, traités par la radiothérapie ou la haute fréquence, par DUMÉNY (*L'écho médic. des Cévennes*, août 1906) .— L'auteur, se basant sur 70 observations, estime que la radiothérapie est à juste titre considérée comme un procédé de choix, préférable aux caustiques, aux scarifications et même à la Photothérapie, dans le traitement du lupus.

Cependant, si les rayons de Rœntgen sont à eux seuls suffisants pour assurer dans la majorité des cas, l'essentiel de la cure du lupus, ils ne préviennent pas des récidives se produisant malheureusement trop souvent, récidives qui peuvent être enrayées par de nouvelles applications. Dans bien des cas, le galvanocautère à pointe très fine, la finsenthérapie et l'étincelle de haute fréquence servent à compléter l'action de la radiothérapie.

Dans le lupus érythémateux qui n'a de commun avec le lupus tuberculeux que le nom, la haute fréquence paraît donner des résultats préférables et plus rapides que les rayons X.

E. VOGT.

Du traitement des chéloïdes par l'effluve de haute fréquence, par REDARD et BARRET (*Ann. d'électr. et de radiologie*, juillet 1906). — L'électrolyse bipolaire ou monopolaire négative, à l'inconvénient d'exiger de longues séances et de ne convenir qu'aux chéloïdes de formation récente et de peu d'étendue. Les étincelles statiques peuvent modifier les tissus rapidement, mais les récidives sont fréquentes et l'action sur les chéloïdes anciennes exubérantes, est souvent nulle, peu durable.

Les auteurs préfèrent l'effluvation de haute fréquence : ils citent un cas de chéloïde étendue, avec saillie très notable des bourgeons, induration profonde des tissus, qui fut guérie en une quarantaine de séances, de 4 à 5 minutes, sans réaction ni accident.

E. VOGT.

Traitement des ulcères chroniques, par L. HEIMANN (*Merck's Archives*, sepembre 1906). — Il s'agit ici des ulcères de jambes, pour lesquels l'auteur formule le traitement suivant : tenir le ventre libre par des doses fréquemment répétées de calomel, suivies d'un purgatif salin. Traiter les troubles constitutionnels par les méthodes usuelles. Insister sur le repos et l'élévation du membre ; la propreté absolue est essentielle. Pansements antiseptiques pendant quelques jours avec lavages jusqu'à ce qu'apparaissent les granulations saines. Comme

topique, l'auteur recommande ensuite le baume du Pérou dans l'huile de ricin, de 25 à 50 0/0, appliqué sur huit ou dix épaisseurs de gaze. Le pansement dot être changé toutes les vingt-quatre heures et l'ulcération nettoyée à fond.

Si l'ulcère est douloureux, ce qui tient à la dénudation de filets nerveux, faire plusieurs applications de nitrate d'argent après badigeonnages à la cocaïne. Ces applications favorisent aussi la formation de granulations saines, et l'on est obligé d'y avoir recours lorsque le travail de cicatrisation se fait irrégulièrement. Lorsque ces granulations sont exubérantes, il est indiqué de faire un curettage avec anesthésie locale. Le pansement sera maintenu par des bandes de flanelle ; ce n'est que lorsqu'il existe des varices et que la sécrétion de l'ulcère est réduite que l'on applique des bandes ou des bas de caoutchouc. Si le fond de l'ulcère est lisse et ne se recouvre pas de granulations, il faut faire des scarifications profondes. Les applications irritantes sont plus douloureuses et moins efficaces que les scarifications. Si l'ulcère est adhérent aux tissus profonds, des incisions faites le long des bords de l'ulcère donneront les meilleurs résultats. Si le malade peut rester debout dans la journée, il faudra appliquer un bandage solide le matin et enlever le pansement le soir, pour éviter la congestion passive locale. Plusieurs poudres peuvent être appliquées : l'aristol, l'iodoforme, le calomel ; on peut recourir avantageusement au pansement de gélatine à l'oxyde de zinc pour protéger la cicatrice après guérison. Différents auteurs ont recommandé l'élongation des nerfs des régions malades. Lorsqu'un ulcère est recouvert de granulations saines, qui ne saignent pas au toucher et ne sont pas douloureuses, on peut pratiquer des greffes pour hâter la cicatrisation. Lorsque celle-ci est effectuée, on peut protéger la cicatrice par des couches de gaze imbibée d'une solution d'acétate d'alumine à 2 0/0. Le pansement devient dur et sec en vingt-quatre heures et agit comme un support pour la nouvelle cicatrice et les vaisseaux sanguins encore fragiles.

L. JUMON.

Le traitement par la fibrolysine, par PLANTA (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte*, 15 septembre 1906). — Observation d'une petite fille de 5 ans qui présentait à la région frontale une vaste cicatrice due à une brûlure par vitriol.

Il a suffi de 5 ampoules de 2,3 ccm. injectés dans les muscles de la fesse pour obtenir un ramollissement du tissu cicatriciel ; après 25 ampoules, la cicatrice avait à peu près l'aspect de la peau environnante, elle ne présentait plus ni renflement ni territoires épaissis et fibreux. Les injections ne sont pas douloureuses et ne provoquent aucun phénomène accessoire désagréable.

On sait que la fibrolysine est un sel double de thiosinamine et salicylate de soude. On trouve les ampoules toutes préparées dans le commerce.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Mode d'action des balsamiques dans la blennorrhagie, par VIETTS (*Merck's Archives*, sept. 1906). — Après la découverte du gonocoque, le traitement de la bennorrhagie par les balsamiques fut relégué au second plan. Mais comme les antiseptiques locaux ne donnèrent pas toute satisfaction, on combina les deux méthodes de traitement ; des balsamiques ayant eu, dans ces derniers temps, un regain de faveur, l'auteur a cherché à élucider leur mode d'action. Les balsamiques sont des mélanges de terpène, d'alcools de terpène, de résines acides et de résines. Ces quatre groupes sont en étroite relation entre eux et, dans quelques cas, peuvent se convertir l'un dans l'autre par oxydation, hydratation, éthérification ou décomposition.

Les terpènes et les sesquiterpènes sont des hydrocarbonés purs. A ce groupe appartiennent l'essence de térébenthine, l'essence de copahu, les santals. Pris à l'intérieur, ils augmentent la quantité des urines et agissent comme irritants sur les reins, au moins à certaines doses. Au groupe des terpènes alcools appartiennent certaines essences de santal, l'amyrol, le cédrol, leur action irritante est moindre que celle des terpènes du premier groupe. Les acides résines sont irritants pour l'estomac et l'intestin et peuvent déterminer la diarrhée, néanmoins on n'a jamais observé d'inflammation des reins. Enfin, les résines sont tolérées sans troubles, même à doses relativement élevées. Leur goût et leur odeur étant peu intenses, leur emploi interne est

facile. En opérant avec ces différents produits, l'auteur a constaté que l'on peut supprimer les actions secondaires en se servant de l'essence de santal convertie en éther d'un acide organique. L'éther salicylique de l'essence de santal est, à ce point de vue, la plus utile de ces préparations.

Sous cette forme, l'essence de santal est bien tolérée par l'estomac et ne donne lieu à aucun trouble. Sur 140 cas, on n'a pas observé une fois l'albuminurie. L'effet sédatif et antiseptique sur la blennorrhagie paraît être un peu supérieur à celui de l'essence de santal pur ; le gonflement inflammatoire et l'écoulement diminuent plus rapidement. Dans la cystite, qui est due le plus souvent à une infection mixte, il faut donner de petites doses d'urotropine.

Le mode d'action de l'essence de santal, modifiée ainsi n'est pas complètement élucidée, il semble probable que les organes urinaires sont moins aptes à héberger les gonocoques. En outre, l'essence détermine une vaso-contriction, ce qui expliquerait aussi son action sur l'inflammation aiguë, l'écoulement et les hémorrhagies.

L. JUMON.

Les saignements et les hémorrhagies des prostatiques, par le professeur GUYON (*Cliniques de l'hôpital Necker*, 1906).

Les hématuries dues à l'hypertrophie de la prostate, s'observent surtout dans les cas d'hypertrophie molle, ou du moins on peut dire que dans cette variété, elles sont plus fréquentes et plus abondantes. Elles sont dues à des troubles congestifs provoqués par la réplétion des plexus veineux qui avoisinent la prostate et le col de la vessie. C'est la muqueuse qui saigne et non la prostate ; dans certains cas, la muqueuse même des uretères et des bassinets peut saigner ; généralement, c'est la muqueuse du col et de l'urètre prostatique qui saigne.

Cette congestion est due à la stagnation urinaire et à l'affaiblissement du courant sanguin.

La thérapeutique consiste à assurer l'évacuation de la vessie au moyen de la sonde à demeure, et à pratiquer, s'il le faut, l'aspiration des caillots.

Les hypertrophies molles peuvent se modifier à la longue, et les hématuries diminuer de fréquence. M. DESCHAMPS.

Traitement des prostatiques, par JEANBRAU (*Montpellier médical*, 15 juillet 1906).

Au point de vue hygiénique, il faut éviter la constipation, les repas copieux du soir, les séjours au lit dépassant 7 ou 8 heures, l'alcool, les excès sexuels. Il ne faut jamais résister au besoin d'uriner ; on conseillera une promenade d'une demi-heure avant de se coucher ; les lavements chauds décongestionnent la prostate.

La rétention incomplète sera traitée par le cathétérisme pratiqué très aseptiquement avec une sonde de Nélaton, ou une sonde béquille en gomme : le passage de la sonde sera facilité en glissant des coussins sous le siège du malade et en tendant bien la verge pour déplisser l'urètre. La vessie doit être vidée lentement, il est bon d'y laisser 50 grammes d'eau boriquée, après lavage, s'il y a lieu.

Lorsque les sondes ordinaires ne peuvent passer, il faut employer le mandrin métallique ; dans les cas extrêmes, recourir à la ponction hypogastrique, avec l'appareil Potain.

En cas d'hématurie, dissocier les caillots avec de l'eau salée à 9 pour 1.000 et évacuer, ou bien mettre un pansement intra-vésical avec l'émulsion d'antipyrine de 5 à 10 0/0 dans l'huile goménolée à 1/10. Administrer le chlorure de calcium à l'intérieur, l'urotropine ou l'helmitol, donner des bains de siège chauds, des lavements à l'antipyrine, laudanum et chloral. L'anémie sera combattue par la théobromine et les grands lavements d'eau tiède, et les moyens chirurgicaux.

L'abcès de la prostate sera incisé par le rectum. Les poussées d'orchi-épidymite seront traitées d'abord par les lavages vésicaux au nitrate d'argent, la sonde à demeure ; s'il y a suppuration, il faut inciser et drainer.

Les rétentionnistes chroniques partiels non distendus, devront être cathétérisés régulièrement tous les jours. Quant aux grands distendus, il ne faut vider leur vessie que progressivement, par cathétérismes successifs, toutes les quatre heures, en enlevant chaque fois 200 gr. d'urine et en réinjectant à la place 50 gr. d'eau boriquée ; on doit être très prudent, car le pronostic est très grave.

Enfin, on n'oubliera pas les indications de la prostatectomie.

M. DESCHAMPS.

Les néphrites chroniques douloureuses, par POUSSON (*La Province Médicale*, juillet 1906).

Certaines formes de néphrites chroniques peuvent s'accompagner de crises douloureu-

ses analogues à celles de la lithiase rénale à gros calculs.

Au point de vue étiologique, les néphrites douloureuses sont, la plupart du temps consécutives à la lithiase, plus rarement à des infections de voisinage (annexites, cellulites pelviennes), ou exceptionnellement à un traumatisme (chute sur le flanc).

Anatomiquement, on trouve toujours la capsule propre du rein épaissie et adhérente au parenchyme rénal, et souvent de la périnéphrite fibreuse. Ces conditions anatomiques expliquent l'existence des douleurs, lorsque le rein se congestionne, il est enserré par la capsule qui l'empêche de se dilater, d'où compression douloureuse des filets nerveux.

La douleur est spontanée ou provoquée, sourde ou aiguë, sous forme de crises, avec irradiations rappelant celles de la colique néphrétique.

Le rein n'est presque jamais senti à la palpation ; on trouve de la diminution de l'urine, de l'urée, des cylindres, un peu d'albumine. Le diagnostic doit se faire par élimination de la lithiase.

L'opération de choix est la néphrotomie combinée ou non à la capsulectomie. La néphrectomie ne peut être conseillée que lorsque le rein sera irrémédiablement perdu, en admettant que l'on soit renseigné sur la valeur de son congénère.

M. DESCHAMPS.

Traitement chirurgical des néphrites, par HARRISON (*Leçons cliniques, Londres* 1906).

L'auteur est partisan très convaincu du traitement chirurgical des néphrites, mais il croit qu'il ne doit pas avoir pour but la formation d'une nouvelle capsule qui ne pourrait être constituée que par du tissu cicatriciel, et par conséquent rétractile.

Il préfère employer le procédé qu'il a préconisé dès 1898, c'est-à-dire la ponction du rein au niveau des points congestionnés ou ecchymotiques, que l'on voit apparaître à travers la capsule : il incise quelquefois le rein, surtout s'il soupçonne la présence d'un calcul, mais il ne cherche pas à décortiquer le rein : il pratique, non pas la décapsulation, mais l'acupuncture du rein.

M. DESCHAMPS.

Diagnostic et traitement de l'anurie, par CLAYTON GREENE (*The Practitionner*, oct. 1906). — Dans les cas typiques, le diagnostic de l'anurie calculeuse est assez simple, en raison des antécédents et symptômes cliniques. Cependant, les infections hématogènes aiguës des reins, habituellement par le colibacille, peuvent exposer à une erreur. Mais dans certains cas qui sont rares, la présence des calculs peut ne déterminer aucun symptôme et la mort peut survenir inopinément, parce que le rein ne présentait plus, en raison de l'étendue de ses lésions, des régions rénales compensatrices.

Etant donné un cas d'obstruction calculeuse simple, il faut considérer s'il y a quelque chance de guérison sans opération. On ne peut donner ici aucune règle, car s'il existe de l'insuffisance rénale, la mort surviendra en dépit d'un traitement, opératoire ou autre. Cependant, en supposant les reins bien portants, on peut recourir durant trois ou quatre jours à un traitement capable de faire évacuer le calcul. On donnera une bonne purgation, les fonctions de la peau doivent être stimulées et l'opium et la belladone sont donnés à doses répétées, tant qu'il n'y a pas de symptômes toxiques. On a relaté beaucoup de cas d'expulsion de calculs urinaires et biliaires après l'usage un peu large de la belladone. L'auteur pense qu'on peut donner cinq à sept gouttes de teinture de belladone toutes les deux heures. Si le traitement échoue, ce qui arrive souvent, il faudra procéder à une opération. On pourrait d'abord essayer un massage prudent du rein et de l'uretère, de façon à émietter des calculs qui sont friables, mais l'embonpoint des patients rend ce massage difficile. L'opération a donné quelques résultats très satisfaisants, avec une mortalité parfois inférieure à celle qu'on observe dans l'expectation. L'auteur conseille l'incision lombaire dans la plupart des cas, mais chez un sujet maigre ou sur un enfant on peut faire une opération transpéritonéale.

Si l'on ne trouve pas le calcul ou si on ne peut l'avoir, il faut pratiquer la néphrostomie et, plus tard, essayer d'extraire le calcul. L'incision de la substance corticale doit être rejetée à cause de l'hémorrhagie et il vaut mieux inciser le bassinet.

L'auteur considère les autres variétés d'anurie d'une façon collective. Le traitement des formes chirurgicales de la maladie doit être envisagé au point de vue de la prophylaxie et au point de vue de l'anurie elle-même. On doit d'abord rechercher les rétrécissements et l'hypertrophie de la prostate avant d'intervenir. On s'efforcera d'améliorer l'état des reins par les médicaments et le régime, on stimulera la fonction vicariante de la peau. La chaleur et le repos sont essentiels.

Parmi les médicaments, l'auteur recommande la digitale et l'urotropine, comme régime, le lait et des boissons abondantes. Les diurétiques ne sont nullement nuisibles; il faut seulement favoriser l'élimination pour diluer l'urée et les matières extractives qui ont une action fâcheuse sur le rein. S'il existe de l'insuffisance rénale, l'opération est contre-indiquée. En tous cas, dans les cas d'hypertrophie prostatique, on donnera la préférence aux procédés opératoires les moins dangereux. Si l'anurie survient, le traitement est le même que dans celle du mal de Bright, purgations, enveloppements chauds, digitale, strychnine, ventouses sèches et scarifiées sur les reins. On évitera la pilocarpine en raison de son action dépressive sur le cœur. Enfin, on peut essayer les injections salines intra-veineuses.

L. JUMON

Les applications de bleu de méthylène comme traitement de la blennorrhagie chez la femme, par TH. V. BOUKOËMSKY (*Roussky Vratch*, 1906, n° 35). — L'auteur a pu se convaincre, par de très nombreux essais entrepris à la clinique obstétrico-gynécologique du professeur Orlov, à la Faculté de médecine d'Odessa, des excellents effets du bleu de méthylène comme moyen de traitement local de la blennorrhagie chez la femme. Voici la technique de ce procédé, laquelle diffère de celle des autres cliniciens ayant déjà employé le bleu de méthylène contre la blennorrhagie (en France, d'Aulnoy, Chaleix et Kohler, Mary) :

Le traitement est commencé à n'importe quelle période de l'affection, même à la période aiguë. Après avoir enlevé, au moyen d'un faible courant d'une solution de formaline à 1 pour 2.000, le pus qui recouvre la vulve, on badigeonne les parois du canal de l'urètre, le museau de tanche, le canal cervical et, enfin, le vagin, avec une solution aqueuse saturée (à 4,45 0/0) de bleu de méthylène, les attouchements étant faits au moyen d'une sonde mince entourée de coton imbibé de ladite solution. Ces applications sont répétées quotidiennement ou tous les deux jours; les muqueuses doivent prendre une coloration bleue foncée. Si l'orifice du col est fermé, on ne tente pas d'y pénétrer. Est-il, au contraire, entr'ouvert, on en profite pour badigeonner la cavité utérine. Après trois ou quatre badigeonnages, l'orifice cervical commence à se fermer. Chez les petites filles (âgées de un an à dix ans), l'auteur se sert, pour badigeonner le canal de l'urètre, de simples mèches de coton roulé, de l'épaisseur d'une allumette, qu'on tient au moyen d'une pince.

Ces applications, loin d'être irritantes, calment, au contraire, très rapidement, la sensation de cuisson à la vulve et dans le canal de l'urètre. Après quelques badigeonnages, l'écoulement perd son caractère purulent, et on n'y trouve plus de gonocoques; toute rougeur inflammatoire des parties atteintes disparaît.

Les recherches bactériologiques de l'auteur ont montré que le bleu de méthylène, en solution saturée, tue les gonocoques, ainsi que les bactéries banales au niveau des organes génitaux de la femme.

V. DE HOLSTEIN.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL
Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Sur l'association des injections de morphine-scopolamine avec l'anesthésie médullaire dans les opérations gynécologiques, par BUSSE (*Munch. med. woch.*, 18 sept. 1906). — L'auteur a pratiqué environ 175 opérations gynécologiques par ce procédé et n'a eu qu'à s'en louer. La malade est complètement désinfectée avant la première injection. Pour amener le sommeil, on lui fait 3 injections de 1/2 milligr. de chlorhydrate de morphine et de 0,0005 de bromhydrate de scopolamine, 2 heures 1/2, 1 heure 1/2 et 1 heure avant le commencement de l'opération. La malade est portée dans la salle d'anesthésie 30 minutes après la troisième injection, on désinfecte alors la région dorsale et on fait l'injection lombaire dans le décubitus latéral, entre les 2e et 3e vertèbres lombaires d'après la méthode de Tuffier. Comme anesthésique, l'auteur a employé la stovaïne et la novocaïne, mais il lui semble que le pouls est meilleur avec la première.

S'il y a avantage à élever le bassin, afin d'obtenir une anesthésie remontant plus haut, la position a cependant l'inconvénient de favoriser les vomissements.

L'action de la scopolamine, qui se manifeste avant l'anesthésie lombaire, consiste dans un sommeil accompagné d'une rougeur plus ou moins grande de la face et d'une accélération du pouls, parfois d'une agitation et d'une confusion mentale pouvant aller jusqu'à l'hallucination. Chez les personnes particulièrement excitables, l'action hypnotique s'accompagna

de phénomènes accessoires désagréables.

L'anesthésie a été incomplète dans 15 cas, surtout lorsqu'une intervention sur le vagin précédait une opération vaginale ou une laparotomie. Mais cette insuffisance d'anesthésie ne se produit ici que lorsqu'on n'élève pas le bassin.

L'insensibilité s'est produite au plus tôt après quatre minutes, une fois après 20 minutes. Après l'opération, l'état de la malade a été, en général, bien meilleur qu'après l'anesthésie générale. Les malades qui ont eu l'occasion d'être opérées deux fois ont fait nettement ressortir la différence des deux modes d'anesthésies. Souvent les femmes ont accusé des douleurs sacrées et dorsales, mais ces douleurs sont également fréquentes dans les opérations sur le petit bassin. Une soif plus ou moins vive est la conséquence régulière de l'action de la scopolamine.

L'auteur voit dans l'obésité un peu forte une contre-indication à l'injection lombaire en raison de sa difficulté technique. Il en est de même de la faiblesse du pouls. La nervosité et l'irritabilité sont les contre-indications à l'emploi de la scopolamine.

Ce mode d'anesthésie est indiqué dans les cas de lésions cardiaque avec bon état du pouls, dans les affections pulmonaires, l'artériosclérose, l'âge avancé. Les conséquences de l'anesthésie semblent être moins désagréables pour l'organisme malade.

L. JUMON.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Traitement de la coqueluche par le chloroforme, par H. DE ROTHSCHILD (*La Presse médicale*, 15 août 1906). — A l'occasion d'une réduction, sous le chloroforme, d'une luxation congénitale de la hanche chez un coquelucheux, l'auteur constata avec étonnement la disparition définitive des quintes. La narcose chloroformique, appliquée depuis à d'autres coquelucheux avérés, donna, à plusieurs reprises, des résultats similaires ; aussi l'auteur appliqua-t-il la méthode à 9 enfants, dont les observations furent prises avec soin. Dans deux cas, les quintes furent supprimées définitivement ; dans 3 cas, on vit disparaître les vomissements et la cyanose, et l'on enregistra une atténuation très notable du nombre et de l'intensité des quintes dans les 48 heures qui suivirent la narcose, pour disparaître le 3e jour. Dans 4 cas, enfin, ces manifestations se sont montrées au bout de 15 jours seulement.

La narcose n'est pas complète : on ne recherche que la résolution musculaire, sans aller à l'abolition du réflexe cornéen (5 à 10 minutes d'inhalation).

L'action du chloroforme s'explique sans doute par les effets sédatifs exercés sur les noyaux bulbaires en état d'hyperexcitabilité permanente par suite de leur saturation par les toxines microbiennes. La réaction bulbaire est sans doute hors de proportion, dans la coqueluche, avec l'irritation périphérique : il suffira donc de supprimer momentanément le prétexte du déclanchement spasmodique pour modifier le cours de la maladie.

Il est probable qu'en outre le narcotique joue un rôle antiseptique, soit au moment où les vapeurs sont inhalées, soit au moment de l'élimination par l'appareil pulmonaire ; celle-ci s'accompagne d'une hypersécrétion réflexe des muqueuses.

E. VOGT.

Traitement de la coqueluche par l'arsenic, par DE NITTIS (*La Presse médicale*, 18 août 1906). — L'auteur a essayé cette médication, qu'il qualifie lui-même d'empirique, sur 12 enfants, avec un succès constant. Il recommande d'employer des doses fortes, comme pour la chorée : celles-ci sont, du reste, fort bien supportées. On donnera une goutte de liqueur de Fowler par jour et par année d'âge. La tolérance est parfaite ; il n'y a donc pas lieu de commencer par des doses minimes à augmenter graduellement.

Au bout d'une semaine, parfois avant, on remarque un peu de bouffissure du visage : on suspendra alors pour une courte période la médication. Les urines ne contiennent, du reste, pas d'albumine à ce moment : on ne constate aucun signe d'intolérance.

Bientôt, on peut reprendre le traitement, qui devra durer une quinzaine de jours.

Dans ces conditions, l'affection devient extrêmement bénigne : l'élément spasmodique est profondément atténué, mais l'évolution intime de la maladie n'est pas supprimée, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer chez une enfant, qui resta 16 jours sans tousser et qui, à l'occasion d'un rhume, présenta de nouveau une toux coqueluchoïde, qui céda à son tour à l'arsenic.

E. VOGT.

Quelques remarques sur l'alimentation dans l'enfance, par MILLER (*Therap. Gazette*, 15 septembre 1906). — L'auteur donne

ici le fruit de son observation personnelle. Il pose en principe que l'alimentation doit être simple, appétissante et adaptée aux besoins de chaque enfant, qu'elle ne doit pas être trop restreinte et qu'elle doit être variée. La variété des aliments est une condition importante chez les enfants, qui se refuseraient à manger en face d'un régime monotone. On sait que l'appétence stimule la sécrétion gastrique. D'un autre côté, les enfants de la classe aisée sont exposés à souffrir d'un régime trop soigné, bien qu'ils aient en abondance de l'air pur et se trouvent dans de bonnes conditions hygiéniques. Parfois, la crainte de troubles dyspeptiques pousse les parents à donner, surtout le soir, une nourriture insuffisante. De trois à douze ans, les enfants peuvent manger tout aliment sain, jusqu'à ce que l'appétit soit satisfait, et c'est une erreur de mesurer par onces et par cuillerées la nourriture qu'ils doivent prendre. L'usage excessif du lait, à l'exclusion de tout autre aliment, est responsable de l'état fâcheux de la nutrition dans lequel se trouvent certains enfants. Dans ces conditions, il survient souvent des indigestions et de la dilatation gastrique ; la constipation est la règle.

A partir de douze ans, le régime est, en substance, le même que chez les adultes, mais l'eau et le lait restent encore les meilleurs liquides. Le café et le thé ne seront permis qu'après l'âge de la puberté, et les boissons alcooliques ne seront permises que beaucoup plus tard. Les sucreries ne doivent pas être défendues, mais on ne doit les donner que comme dessert. L'alimentation a une importance particulière chez les écoliers. Elle doit être variée, convenablement préparée et se composer d'œufs, de lait et de viande. Le déjeuner doit être substantiel et digestible. La nature des aliments varie naturellement suivant les âges et l'auteur donne de nombreux menus applicables à chaque repas pour les enfants de trois à six ans.

L. JUMON.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Les ions médicamenteux, par FOVEAU DE COURMELLES (*Journ. des praticiens*, 11 août 1906). — L'auteur recommande, pour obtenir le transport électrolytique des ions, l'emploi du courant continu : l'intensité varie de 10 à 30 mA., selon les cas, l'étendue de la région à traiter et la susceptibilité du malade. Le pôle négatif peut être placé en un point quelconque du corps ; il faut le déplacer souvent, en glissant, pour éviter les secousses, car des eschares pourraient se former si on ne le déplaçait pas.

Le pôle positif, placé sur la région à traiter, fait pénétrer les médicaments : s'il s'agit d'un radical acide (ion salicylique p. ex.), ce sera le pôle négatif que l'on utilisera (solution à 2 0/0).

E. VOGT.

Action antimicrobienne du collargol, par AUBERTIN (*La Tribune médicale* 11 août 06). — L'auteur donne une explication des faits, actuellement nombreux, qui démontrent la grande variabilité des effets thérapeutiques du collargol.

En premier lieu, il rejette le mode de préparation par voie chimique, qui ne donne pas des solutions assez pures : en second lieu, il montre que la méthode électrique donne des résultats qui varient avec l'intensité du courant, la grandeur et la forme des électrodes, la température, etc. Les solutions contiennent des granules de grosseur différente, ayant des teintes fort diverses (rouge-brun, brun, brun-verdâtre, vert-olive, vert-grisâtre). Les premières de ces solutions sont à granules plus fins que les dernières, ne déposent pas et ne perdent pas leur degré de concentration par la filtration.

L'expérience démontre que les solutions à granules fins exercent sur les microbes une action beaucoup plus forte que l'argent à granules gros.

Il y a donc lieu de reprendre toute la question de l'action du collargol, si l'on veut se rendre un compte exact de l'efficacité thérapeutique de ce produit.

E. VOGT.

Le radium au point de vue physiologique et thérapeutique, par DOMINICI (*La Presse médicale*, 4 août 1906). — L'auteur rappelle que ce ne sont pas seulement les portions du corps directement accessibles qui peuvent subir les effets des substances radio-activées mais bien l'organisme tout entier, car celles-ci peuvent être ingérées, inhalées, instillées dans les canaux les plus étroits, injectées dans les cavités naturelles, dans le tissu musculaire, les vaisseaux sanguins, etc. Il est, en outre, possible de dissocier et

d'utiliser indépendamment l'une de l'autre les trois sortes de rayons émis par le radium. Le polonium, par exemple, ne fournit que des α, le plomb radio-actif des β seulement.

Il résulte de ces faits que les essais thérapeutiques demandent à être institués d'une façon méthodique et précise. Il faut, en autre, se rappeler que le radium, au moment où on vient de l'extraire du minerai qui l'inclut, n'émet que des rayons α : en quelques mois, par une sorte de maturation progressive, sa triple radiation atteint sa plénitude.

Donc, si, à l'avenir, on publie des résultats thérapeutiques obtenus avec le radium, il faudra donner la distance entre l'organe irradié et l'appareil, la mesure de l'intensité de radiation des appareils utilisés, la durée d'application, etc.

E. VOGT.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Clinique des maladies du système nerveux, (M. le professeur R. RAYMOND). — *Cours complémentaire et pratique* (3e série) *de neuropathologie*, sous la direction du Dr Henri CLAUDE, avec le concours et la collaboration de MM. LEJONNE, chef de clinique de la faculté : DUPUY-DUTEMPS, ophtalmologiste des hôpitaux, chef du service ophtalmologique ; ALQUIER, chef des travaux d'anatomie pathologique ; HUET, chef du service d'électrothérapie ; GELLE, chef du service otologique.

Le second cours commencera le 15 octobre 1906 et durera un mois. Il aura lieu tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, à 5 heures de l'après-midi à la Salpêtrière, salle d'examen de la clinique. Les leçons auront un caractère essentiellement pratique ; la symptomatologie et le diagnostic seront particulièrement développés et exposés avec présentation de malades. Les pièces anatomiques et les préparations histologiques du laboratoire seront mises à la disposition des auditeurs pour les études anatomo-pathologiques.

Programme du cours : Séméiologie générale du système nerveux. Manière d'examiner un malade, hémiplégie, hémorragie et ramollissement cérébral, tumeurs cérébrales, aphasies, encéphalopathies infantiles (maladie de Little, hémiplégie infantile), méningites, hémorrhagies méningées, ponction lombaire, syndrome bulbo-protubérantiels, paralysies bulbaire, myélites aiguës, paralysie infantile, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, syringomyélie, tabes, scléroses combinées, compressions de la moelle, syndromes de Brown-Sequard et de la queue de cheval, tuberculose des centres nerveux, syphilis des centres nerveux, paralysie générale, atrophie musculaire progressive, atrophies musculaires en général, myopathies, polynévrites, paralysie des plexus, névralgies (faciale, sciatique, etc.), épilepsie, hystérie, neurasthénie, psychoses, maladie de Parkinson, chorée, tics, tremblements, examen électrique, électrothérapie, examen des oreilles, examen des yeux.

Les dates exactes de chaque leçon seront fixées ultérieurement. Des certificats d'assiduité pourront être délivrés à la fin du cours aux personnes qui en réclameront. Trois séries de leçons du même genre sont faites tous les ans : la première en novembre et décembre ; la seconde en février et mars ; la troisième en mai et juin. Le droit à verser est fixé à 80 francs. Seront admis les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours, seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis, samedis, de midi à 3 heures.

Institut de médecine coloniale. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales. Les cours durent environ deux mois et demi. La session de 1906 commencera le 15 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Peuvent s'inscrire : Les étudiants pourvus de 16 inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers. A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent un diplôme.

L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : *Pathologie expérimentale et comparée. Parasitologie. Hygiène.* L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises, 93, rue Michel-Ange). L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, à l'Ecole pratique. L'enseignement clinique,

deux fois par semaine, le matin, à 10 heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS : *Technique bactériologique et hématologique*, par le Prof. Roger (15 leçons et démonstrations pratiques). Stérilisation. Milieux de culture. Méthodes de coloration. Méthodes de culture. Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc. Analyse des matières fécales. Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

Parasitologie, par M. le Prof. Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques). Analyse des matières fécales. Examen du sang de l'homme et des animaux. Parasites du sang. Fièvres palustres. Filaires. Bilharzia. Nématodes. Cestodes, etc. Animaux venimeux. Parasites végétaux, Mycoses.

Chirurgie des pays chauds, par M. Morestin, agrégé, chargé du cours (6 leçons à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée) : 1° Considérations générales. Les hépatites ; 2° traitement chirurgical des hépatites ; 3° la rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, ruptures). Lésions chirurgicales de la filariose ; 4° lésions chirurgicales de la filariose (*suite*). La bilharziose. Le ver de Médine ; 5° l'éléphantiasis des Arabes ; 6° bubon d'Orient. Aïnhum. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

Maladies des yeux dans les pays chauds, 4 leçons, par M. le Prof. De Lapersonne (à l'Hôtel-Dieu) : 1° ophtalmies ; 2° manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, etc. Irido-cho oïdites infectieuses ; 3° Héméralopies. Les amblyopies toxiques ; 4° des soins urgents dans les traumatismes de l'œil. Hygiène de l'œil dans les pays chauds.

Epidémiologie exotique, par M. le Prof. Chantemesse (7 leçons et exercices pratiques) : 1° Prophylaxie de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde (4 leçons) ; 2° hygiène à bord (1 leçon) ; 3° désinfection (2 leçons).

Pathologie et hygiène tropicales, par M. Wurtz, agrégé, chargé de cours. Pathologie exotique (17 leçons). Peste, Fièvre jaune, Choléra. Dysenterie. Diarrhée des pays chauds. Fièvre de Malte. Fièvre récurrente. Fièvres paludéennes. Fièvre hémoglobinurique. Filariose. Bilharziose. Dracunculose. Lèpre (distribution géographique et bactériologie). Béri-béri. Aïnhum. Verruga. Pied de Madura. Maladie du sommeil, etc.

Hygiène tropicale (10 leçons). — 20 exercices de diagnostic bactériologique appliqués aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

Affections de la peau, par M. le Prof. Gaucher : 8 leçons de dermatologie tropicale ; 4 leçons par M. le Prof. Gaucher ; Lèpre. Boutons d'Orient. Ulcère des pays chauds ; 4 leçons par M. Jeanselme, agrégé. Syphilis exotique. Pian ou framboesia. Dermatomycoses exotiques : tokelau ; caratés. Dermatoses produites par des parasites animaux. Hygiène de la peau sous les tropiques. Technique histologique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées. La première leçon (par M. le Prof. Gaucher) aura lieu le mercredi 17 octobre, à 10 heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique). Les 4 leçons de M. Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du laboratoire municipal).

Droits à verser : Un droit d'immatriculation, 20 francs. Un droit de bibliothèque, 10 francs. Un droit de laboratoire, 150 francs. Deux examens, *gratuits*.

Envoyer les demandes, par écrit, au Doyen de la Faculté de médecine, et pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1). Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

Inauguration du sanatorium d'instituteurs. — Le sanatorium d'instituteurs, édifié à Ste-Feyre-Guéret, après cinq années d'études et de travaux persévérants, a été solennellement inauguré le dimanche 7 octobre 1906. M. Léon Bourgeois, ministre des affaires étrangères, et président de l'Association contre la tuberculose, avait bien voulu accepter de présider cette cérémonie, et de hautes personnalités universitaires, politiques et médicales y assistaient. La séance d'inauguration a eu lieu à midi et a été suivie, vers deux heures, d'un banquet par souscription.

Cours de Mme Curie à la Sorbonne. — Mme Pierre Curie commencera son cours en Sorbonne le lundi 5 novembre, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre de physique. Elle traitera de la « Radioactivité ». Le cours aura lieu tous les lundis à la Sorbonne.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène des métropolitains souterrains. — Rapport au IIe Congrès d'assainissement et de salubrité de l'habitation par le Dr LUCIEN-GRAUX, Rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, Paris, 1 vol. in-8°, Rousset, éditeur.

Le Docteur LUCIEN-GRAUX étudie dans ce rapport très documenté et rempli d'idées personnelles toutes les réformes qu'il est nécessaire de réaliser au point de vue sanitaire dans les métropolitains souterrains.

La ventilation et l'aération des voitures et des tunnels sont insuffisantes et l'air confiné qu'on respire est peu sain. Les barrières multipliées dans les gares sont des plus dange-

reuses. L'auteur prescrit des mesures très précises de nettoyage et de désinfection et proteste contre l'encombrement des voiturs.

Bourré de chiffres et de documents, ce rapport a donné lieu à plusieurs vœux votés par le Congrès et servira certainement à l'amélioration prochaine des métropolitains.

La leucémie myéloïde, par MÉNÉTRIER (P.), Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Tenon, et CH. AUBERTIN, ancien Interne des Hôpitaux de Paris. — Petit in-8 (19 x 12) de 206 pages ; 1906. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 f. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Malgré l'extension considérable qu'ont prise depuis dix ans les études hématologiques, malgré les travaux nombreux dont les leucémies en particulier ont été l'objet, il n'existe actuellement, aussi bien à l'étranger qu'en France, aucune monographie, aucun travail d'ensemble concernant la forme la plus commune et la mieux classée des leucémies, la leucémie myélogène (ou mieux myéloïde), c'est-à-dire l'ancienne leucémie splénique. Le livre de MM. Ménétrier et Aubertin, écrit en grande partie d'après les documents personnels, vient combler cette lacune.

L'histoire clinique de la maladie, les caractères et les variations de la splénomégalie, les symptômes associés y sont longuement étudiés, ainsi que l'état du sang, qui est décrit en détail : les auteurs insistent notamment sur l'anémie des leucémiques, sur les formes anormales des globules blancs, sur les mononucléaires non granuleux, sur les variations du chiffre leucocytaire. Les différents types d'évolution (forme progressive, forme arrêtée dans son évolution, forme irrégulière) y sont décrits assez longuement. Parmi les complications, on doit noter l'étude de la cytologie des exsudats, hémorrhagiques ou non, des leucémiques, des thromboses leucémiques, enfin celle des infections secondaires et de leur action sur les symptômes de la leucémie.

L'étude, toute récente, des formes anormales et des formes frustes a été particulièrement développée (formes se rapprochant de l' « anémie splénique », formes se rapprochant de la leucémie aiguë, formes se rapprochant de la leucémie lymphatique), et c'est en grande partie cette étude qui a permis aux auteurs d'établir une classification des leucémies et pseudo-leucémies du type myéloïde, c'est-à-dire des *myélomatoses*, dans lesquelles rentrent la plupart des splénomégalies avec modifications du sang.

L'étude anatomo-pathologique de la leucémie myéloïde, inséparable en quelque sorte de l'étude hématologique, est complètement traitée, non seulement au point de vue descriptif, mais aussi au point de vue de l'histogenèse des lésions. Quant à la pathogénie, les auteurs l'ont volontairement faite très courte, puisqu'elle est encore presque totalement inconnue.

Le chapitre du diagnostic est rédigé dans un esprit purement pratique, et l'étude de toutes les questions que le clinicien doit se poser en face d'une grosse rate y est exposée méthodiquement, avec la valeur des différents signes soit cliniques, soit hématologiques qui peuvent aider à les résoudre. C'est là, en somme, une étude du *diagnostic des splénomégalies* en général.

Quant au traitement, — c'est-à-dire, en l'espèce, la radiothérapie, — il est exposé d'après l'étude de nombreux cas personnels, appréciés avec impartialité au point de vue du résultat thérapeutique et plus en médecins qu'en radiologues. Les résultats cliniques, les résultats expérimentaux, la pathogénie de l'action bienfaisante, sinon curative, des rayons X sur la leucémie myéloïde y sont successivement traités.

Les gastro-entérites des nourrissons. — *Etude clinique*, par A. LESAGE, médecin de l'hôpital des Enfants (Hérold), 1 monographie in-8°, de l'*Œuvre médico-chirurgical* (n° 46). (Masson et Cie, éditeurs), 1 fr. 25.

En pathologie infantile, il n'y a guère de question plus pratiquement intéressante que celle des gastro-entérites des nourrissons. Le Dr Lesage, médecin de l'hôpital des Enfants de Paris, s'est depuis de longues années donné pour tâche de résoudre le problème posé par ce fléau meurtrier. La monographie clinique qu'il lui consacre es tl'exposé clair et précis des résultats qu'il a obtenus et l'étude complète des points élucidés par les autres auteurs qui se sont occupés de cette question. Le travail est ainsi complet. On y lira avec profit les *états digestifs* des nourrissons qui comprennent : le déséquilibre hépatique, l'acholie pigmentaire, la maladie spasmodique intestinale, la surcharge alimentaire, l'intolérance pour le lait, les graisses et les intoxications alimentaires ; puis le médecin trouvera au complet l'exposé de toutes les infections gastro-intestinales. Cette monographie, qui enrichit la collection du Dr Critzman, est d'une importance pratique et sociale à nulle autre pareille.

Le traitement des gastro-entérites des nourrissons et du choléra infantile, par A. LESAGE, médecin de l'hôpital des Enfants (Hérol). 1 monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical*, brochure gr. in-8° de 37 pages. (Masson et Cie, éditeurs). Prix 1 fr. 25.

Dans une précédente monographie, le Dr Lesage a traité des gastro-entérites des nourrissons. Il vient de compléter ce remarquable exposé clinique par un travail thérapeutique des plus importants sur le traitement des gastro-entérites et du choléra infantile. Il consacre même à cette dernière affection une étude détaillée embrassant tous les travaux récents sur cette cause primordiale de mortalité des nouveau-nés.

A côté d'un traitement général nécessité par toutes les gastro-entérites, l'auteur examine scrupuleusement la thérapeutique spéciale à chaque forme. La diète hydrique, la décoction de céréales, le bouillon de légumes, etc., sont examinés à tous les points de vue. Tout le formulaire infantile est passé au crible d'une critique sévère, et les formules données par le Dr Lesage, les régimes qu'il recommande, sont ceux que la pratique lui ont montré être les meilleurs. Cette monographie constitue un véritable *vade-mecum* pour les praticiens soignant des enfants.

PARIS. — G. CAMPROGER, 52, R. DE PROVENCE. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Assistance publique. — *Ecoles municipales d'infirmières et d'infirmiers.* — Directeur de l'Enseignement : Dr BOURNEVILLE.

I. SALPÊTRIÈRE.

L'Ecole municipale d'infirmières de la Salpêtrière ouvrira ses cours professionnels le *lundi* 8 *octobre*, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. MONTREUIL, directeur de la Salpêtrière ; Eléments d'Anatomie, M. le Dr SCHWARTZ, ex-interne des Hôpitaux, prosecteur à la Faculté ; Eléments de Physiologie, M. le Dr J.-B. CHARCOT, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des Hôpitaux ; Pansements, Mme le Dr EDWARDS-PILLIET, ex-interne provisoire des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr H. DE ROTHSCHILD, suppléant M. le Dr NETTER ; Hygiène, M. le Dr PAUL-BONCOUR, ex-interne des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, M. le Dr VIRON, pharmacien des Hôpitaux ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE. Les dames qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de la Salpêtrière, doivent se faire inscrire à l'hospice de la Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital n° 47, bureau de la Direction, de 9 heures du matin à midi. Aucune demande d'inscription ne sera accueillie après le 1er décembre. Les cours sont publics et gratuits.

II. LA PITIÉ.

L'Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de la Pitié ouvrira ses cours professionnels le *jeudi* 4 *octobre*, à 8 heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. ROGER, directeur de la Pitié ; Eléments d'Anatomie : M. MOREL, interne des hôpitaux ; Eléments de Physiologie, M. le Dr POULARD, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique à la Faculté ; Pansements, M. le Dr PETIT-VENDOL, ex-interne des hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr DUBRISAY, ex-chef de clinique de la Faculté, ex-interne des hôpitaux ; Hygiène, M. le Dr REGNIER, ex-interne des hôpitaux ; Petite Pharmacie, M. le Dr VIRON, pharmacien des hôpitaux ; Massage (cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE. Les personnes qui veulent suivre les cours professionnels de la Pitié, doivent se faire inscrire à l'Hôpital de la Pitié, rue de Lacépède, n° 1, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Aucune demande d'inscription ne sera accueillie après le 1er décembre. Les cours sont publics et gratuits.

III. LARIBOISIÈRE.

L'Ecole municipale d'Infirmiers et d'Infirmières de Lariboisière ouvrira ses cours professionnels le *vendredi* 5 *octobre*, à 8 heures du soir.

L'Enseignement comprend les cours suivants : Cours d'Administration, M. FAURE, directeur de Lariboisière ; Eléments d'anatomie, M. le Dr DAURIAC, ex-interne des Hôpitaux ; Eléments de Physiologie, Mme le Dr EDWARDS-PILLIET, ex-interne provisoire des Hôpitaux ; Pansements, M. le Dr ISCH-WALL, ex-interne des Hôpitaux ; Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr L. TISSIER, acoucheur des Hôpitaux ; Hygiène, M. le Dr CORNET, ex-interne en pharmacie des Hôpitaux ; Petite Pharmacie, Mme CHABOSEAU, lauréate de l'Ecole de Pharmacie ; Massage (Cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE.

Les personnes qui veulent suivre les Cours professionnels de l'Ecole de Lariboisière doivent

se faire inscrire à l'hôpital Lariboisière, rue Ambroise-Paré, n° 2, bureau de la Direction, de 8 heures du matin à 5 heures du soir. Aucune demande d'inscription ne sera accueillie après le 1er décembre. Les cours sont publics et gratuits.

IV. BICÊTRE.

Les cours commenceront le 4 octobre. L'Enseignement comprend les cours suivants : Administration. M. MULHEIM, directeur de Bicêtre ; — Anatomie et physiologie, M. le Dr BONNAIRE ; — Pansements, M. le Dr Julien NOIR ; — Soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, M. le Dr MOUCHOTTE ; — Hygiène, M. le Dr LAURENS ; — Petite pharmacie, M. le Dr CORNET ; — Massage (cours auxiliaire), M. le Dr DE FRUMERIE.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE

Par F. Le Dantec, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.

1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur

Par l'exercice et le mouvement.

Par le Dr F. Lagrange.

1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une a[illegible] h[illegible] texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE

Par A. Mossé, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.

1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique

Par le Dr E. Gley,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine

Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.

1 vol. in-8° ..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

Par Allyre CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

vol. grand, in-8° avec gravures ..... 10 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

ETUDE PHARMACOLOGIQUE DU DIGALÈNE

Par le Dr J.-B Reneau

Sous le nom de digitoxine soluble, digalène, on vient d'introduire en thérapeutique un nouveau principe actif de la digitale, et Cloetta, qui l'a découvert, le présente comme un corps chimiquement défini, différent de la digitaline cristallisée française et de la digitoxine de Schmiedeberg et Kiliéni. C'est un glucoside amorphe soluble dans l'eau, l'alcool, la glycérine, le chloroforme, possédant une composition élémentaire centésimale permettant de lui attribuer une formule voisine de celle de la digitoxine, et donnant des réactions coloriées identiques à celles de la digitaline cristallisée.

Ce nouveau glucoside a été surtout étudié au point de vue thérapeutique, par un grand nombre de médecins allemands et italiens : Naunyn, Klemperer, Maass, Herzig, Eulenburg, De Renzi, Ceconi, Dixon Mann, pour ne citer que les principaux, s'accordent pour prôner cette nouvelle préparation, plus soluble, moins irritante, moins toxique et aussi active pour eux que la digitaline cristallisée.

Il était donc intéressant de comparer au point de vue physiologique, le glucoside et la digitaline cristallisée chloroformique, que nous utilisons en France, d'autant que les travaux de pharmacodynamie pure sont assez rares, et il n'existe guère que les essais de Freund et de Kumoji Sasaki qui ont été faits sur la grenouille.

D'après ces différents auteurs, le digalène serait moins irritant que la digitaline pour les divers tissus et pourrait être employé en injection sous-cutanée et même intra-veineuse, il s'absorberait facilement et s'éliminerait de même, sans s'accumuler dans l'organisme, il serait moins toxique, tout en donnant lieu aux mêmes phénomènes cardio-vasculaires que la digitaline.

Pour confirmer ces assertions, nous avons institué une série d'expériences sur les animaux de laboratoire et comme on pourra le constater par la suite, nous sommes arrivés à des résultats tels que, sauf sur certains points, sur lesquels nous insisterons spécialement, l'action pharmacodynamique de cette drogue nous a paru tout à fait comparable à celle de la digitaline. Il serait à souhaiter que Cloetta fournisse de nouveaux éclaircissements sur le mode de préparation de son glucoside et qu'il essaye de le différencier chimiquement d'une façon plus nette. Dans ces dernières années, on a presque pu identifier la digitoxine et la digitaline cristallisée, sauf cependant en ce qui concerne a toxicité : pourro-t-on faire de même pour le digalène,

et doit-on attribuer la diminution de toxicité de ce dernier corps à la plante elle-même d'où on l'extrait.

L'élaboration des principes actifs par les plantes, est variable, suivant les terrains sur lesquels elles poussent. On sait en France, que la digitale des Vosges est plus active que celle d'Auvergne ou de Bretagne, la digitale allemande d'où on retire la digitoxine est-elle réellement plus toxique, et cette augmentation de toxicité provient-elle, comme le veut Houdas, de la présence d'une petite quantité de substance très toxique de nature albuminoïdique ou autre ? La question n'est pas encore élucidée, mais le fait brutal existe. Pour le digalène, il se passe un phénomène inverse et ce corps, quoique possédant une activité pharmacodynamique analogue possède une toxicité plus faible, encore inexpliquée.

Toxicité. — Les divers symptômes de l'intoxication provoquée par le digalène se montrent très voisins de ceux causés par la digitaline et évoluent de la même manière. L'animal de choix pour étudier la toxicité des corps de ce groupe, est le chien, car chez les animaux à sang froid, l'absorption est lente et irrégulière et la mort n'arrive d'une façon brutale et rapide que lorsque la dose injectée est suffisante d'emblée. Les herbivores présentant une résistance considérable à l'action toxique de la digitaline et les cobayes sont de très mauvais réactifs, à plus forte raison les rats qui présentent vis-à-vis de cette substance une immunité particulière et remarquable.

D'après les expériences de Vulpian, puis de François Franck, on considère qu'une dose de 1 milligramme de digitaline cristallisée injectée soit par voie intra-veineuse, soit même sous la peau, tue rapidement un kilog. de chien. La digitoxine de Schmiedeberg est encore plus toxique. Par contre, dans de nombreuses expériences, nous avons pu constater que l'ingestion intra-veineuse de 1 milligramme de digalène par kilog. d'animal ne le tuait jamais et que pour obtenir la mort, il fallait arriver jusqu'à des doses de 1 milligramme 5 à 1 milligramme 7 par kilog. Lorsqu'on pratique des injections sous-dermiques ou intra-musculaires, il n'y a pas de variation de toxicité, mais simplement un retard dans l'apparition et l'évolution des phénomènes toxiques.

L'expérience suivante montre nettement qu'une dose de 1 milligr. 2 par kilog., ne constitue pas une dose toxique mortelle, mais détermine seulement des accidents durables. Une dose semblable de digitaline eut déterminé fatalement la mort en quelques minutes.

Chien boule-dogue, poids 10 kilogs, bien portant. Pouls, 120, légèrement irrégulier.

Injection intra-veineuse de 0 gr. 003 de digalène en solution, à 11 h. 03, nouvelle injection à 11 h. 06, troisième à 11 h. 12 et enfin 4e à 11 h. 22. soit en tout 12 milligrammes.

L'animal ne présente aucun phénomène remarquable pendant les injections, cependant il devient inquiet et se couche dans un coin à l'abri de la lumière. Ralentissement des battements cardiaques qui sont mieux perçus à la palpation directe.

A 12 h. 05, vomissement de matières bilieuses, le chien bave et est pris de tremblements.

A 12 h. 30, nouveau vomissement, évacuation abondante d'urine.

A 12 h. 35, nouveau vomissement, selle solide de couleur noirâtre. A ce moment, le chien présente une certaine hésitation dans la démarche, causée surtout par une parésie du train postérieur. Les pulsations cardiaques deviennent irrégulières et sont groupées en séries.

Peu à peu, les tremblements vont en augmentant, l'hésitation de la démarche devient de plus en plus considérable, la respiration devient oppressée et le chien tombe dans un violent état d'anxiété. Cet état persiste pendant toute l'après-midi et l'animal est remis en cage.

Le lendemain, le chien est toujours faible, abattu, l'affaiblissement du train postérieur persiste, le pouls est redevenu régulier à 120. Il refuse toute nourriture, mais boit avec avidité ; il urine plusieurs fois dans la journée ; les urines sont abondantes, laiteuses, jaunâtres.

Il se rétablit progressivement dans la suite.

Lorsqu'à la suite de l'emploi d'une dose toxique, la mort se produit, elle s'accompagne des mêmes symptômes que ci-dessus, seulement, la paralysie devient plus accentuée, la dyspnée est plus intense, la respiration devient superficielle et l'animal meurt brusquement, par arrêt du cœur.

Au point de vue toxique, une des grosses différences entre la digitaline et le digalène consiste dans ce fait particulier que le digalène ne s'accumule pas dans l'économie, et que, l'on peut impunément administrer pendant un certain nombre de jours consécutifs une dose moyenne de digalène sans voir survenir d'accidents graves, ce qui se produit inévitablement avec la digitaline.

François Franck a, en effet, montré que si l'on injecte journalièrement à un chien une dose de 2 à 3 milligrammes de digitaline, l'animal n'est pour ainsi dire pas impressionné par le médicament, en dehors bien entendu de l'action toni-cardiaque qui se manifeste toujours, mais lorsque la quantité absorbée devient égale à la dose, qui, administrée en une fois, à l'animal, constituerait une dose subtoxique, les phénomènes d'intoxication éclatent brusquement et la mort survient lorsque l'animal a reçu une dose de digitaline égale à celle qu'il faut injecter en une fois, pour amener la mort, c'est-à-dire un milligramme par kilog.

Avec le digalène, on n'observe rien de pareil, et il semble que ce corps soit détruit dans l'organisme, ou transformé en substance physiologiquement inactive, beaucoup plus rapidement que la digitaline. Nous sommes encore dans l'incertitude la plus complète, au sujet des transformations qu'il peut subir, et le travail de Cloetta sur la question demande à être complété.

Quoi qu'il en soit, nous avons pu injecter journellement sous la peau d'un chien de 15 kilogs, 3 milligrammes de digalène pendant 9 jours, sans observer de phénomènes toxiques marqués. L'animal présentait une allure bizarre, refusait la nourriture, restait couché, et paraissait très abattu et légèrement dyspnéique, mais il se remit progressivement, et s'il avait reçu 25 milligrammes de digitaline, il eût certainement succombé.

Action locale. — Lorsqu'on injecte sous la peau d'un animal une solution de digitaline, on voit toujours se manifester à l'endroit de l'injection de la rougeur, de la douleur et dans la plupart des cas, au bout de quelques jours, on constate de la

mortification des tissus ou même la formation d'un abcès par nécrose du tissu. La digitaline, est en effet une substance extrêmement irritante, qui ne peut être employée par voie sous-cutanée ; à ce point de vue, elle se rapproche beaucoup des saponines, et la saponine de la digitale, la digitaléine, détermine des effets analogues d'une intensité encore plus considérable.

Le digalène, au contraire, possède des propriétés irritantes et nécrosantes beaucoup plus atténuées, et il peut être utilisé par voie d'injection intra-musculaire ou intra-veineuse. L'injection sous-dermique n'est pas à recommander, car la propriété irritante n'est pas totalement abolie et les injections sont encore douloureuses, mais il ne se produit pas de réaction inflammatoire intense, et on ne provoque plus la mortification des tissus qui ont été en contact avec lui.

Le chien sur qui furent faites les injections en série, pour l'étude de l'accumulation du médicament, manifestait nettement une sensation douloureuse, mais il n'eut aucun accident à la suite de ces injections répétées et la nodosité provoquée par la piqûre disparaissait assez rapidement sans laisser de trace.

L étude de l'action du digalène sur l'appareil circulatoire nous a conduit à pratiquer un certain nombre d'injections intra-veineuses. Comme le montre le tracé III, l'injection intra-veineuse d'une solution de digalène à 0 gr. 015 0/0 détermine des phénomènes d'irritation assez marqués du côté de l'endocarde et ils se traduisent immédiatement par une chute de la pression sanguine avec accélération des battements et diminution de l'énergie myocardique : mais ces phénomènes sont essentiellement passagers et au bout de quelques minutes la pression remonte et le cœur reprend un rythme régulier, en même temps que, sous l'influence de l'action médicamenteuse, le nombre des battements devient moins considérable et l'énergie myocardique augmente.

Avec une solution plus étendue, ces phénomènes s'atténuent, et une solution à 0 gr. 005 0/0 injectée lentement ne provoque plus aucun phénomène réactionnel.

Au point de vue pratique, cette action irritante faible est fort intéressante à considérer, car elle permet d'utiliser, dans les cas urgents, la voie hypodermique ou intra-veineuse ; mais au point de vue théorique, elle n'est pas moins à considérer, car elle permet de différencier nettement le digalène de la digitaline et de la digitoxine, et en outre, elle va à l'encontre d'une supposition que l'on pourrait faire : le digalène est un mélange de digitaline et de digitoxine, d'où sa solubilité et la diminution de sa toxicité. Etant donné sa forme amorphe, l'hypothèse d'un mélange était soutenable ; on sait que les saponines peuvent perdre leur toxicité par des traitements chimiques, tout en conservant leurs propriétés physico-chimiques, mais elles ne perdent pas leur pouvoir irritant pour les tissus, et ce pouvoir irritant et nécrobiotique est encore beaucoup plus considérable que celui de la digitaline elle-même ; l'hypothèse d'un tel mélange tombe devant ce fait.

ACTION SUR L'APPAREIL CIRCULATOIRE. — L'action pharmacodynamique caractéristique de la digitaline, s'exerce surtout sur l'appareil circulatoire. A la suite de l'emploi de doses faibles ou moyennes, on voit se produire du ralentissement et de la régularisation des battements cardiaques, u ne augmentation de l'énergie systolique et

de l'amplitude diastolique de ces battements, et une élévation de la tension sanguine.. A doses fortes et toxiques, au contraire, après une période de ralentissement et d'augmentation d'énergie des contractions cardiaques, on voit se produire de la tachycardie, des irrégularités, puis une période passagère de ralentissement avec retour à l'amplitude normale et la mort brusque, le cœur s'arrêtant en systole après quelques contractions demi-tétaniques.

Avec le digalène, les phénomènes évoluent d'une façon tout à fait semblable et une analyse attentive des tracés permet de relever seulement quelques légères différences qui demandent à être étudiées de plus près et sur un plus grand nombre d'expériences.

Chez la grenouille, à la suite de l'injection d'une dose minime, 0 gr. 0003 (trois dixièmes de milligramme) on voit très nettement se produire un ralentissement des battements cardiaques avec augmentation de leur énergie.

Fig. I.
Grenouille 35 grammes. Injection de 0 gr. 0003 de digalène sous la peau de la cuisse.
1. Normal. 2. 15 minutes après l'injection.

Ces phénomènes persistent pendant plusieurs heures, puis la grenouille revient progressivement à l'état normal.

Avec une dose plus considérable 0 g.0006 (six dixièmes de milligramme) on voit également (Fig II) se produire du ralentissement et de l'augmentation d'énergie des contractions cardiaques : mais à ces phénomènes font bientôt place les accidents toxiques, qui se traduisent chez les animaux par des alternatives d'accélération et de ralentissement ; les contractions ventriculaires sont irrégulières, inégales, intermittentes ; le ventricule se contracte partiellemnet, un point devenant pâle et resséré, un autre restant rouge et relâché ; en un mot, comme l'a dit Schmiedeberg, il présente de véritables mouvements péristaltiques. Finalement, après une période de régularisation transitoire, le cœur s'arrête brusquement en systole, en état de tétanisation, pâle, contracturé, complètement exsangue. Il est inexcitable. L'arrêt du cœur se produit après la perte des mouvements volontaires et reflexes. A la période des irrégularités, la fréquence des contractions auriculaires décroit moins vite que celle des contractions ventriculaires et on peut voir se produire deux contractions auriculaires pour une ventriculaire, ce qui se traduit par une petite ondulation sur la courbe enregistrée.

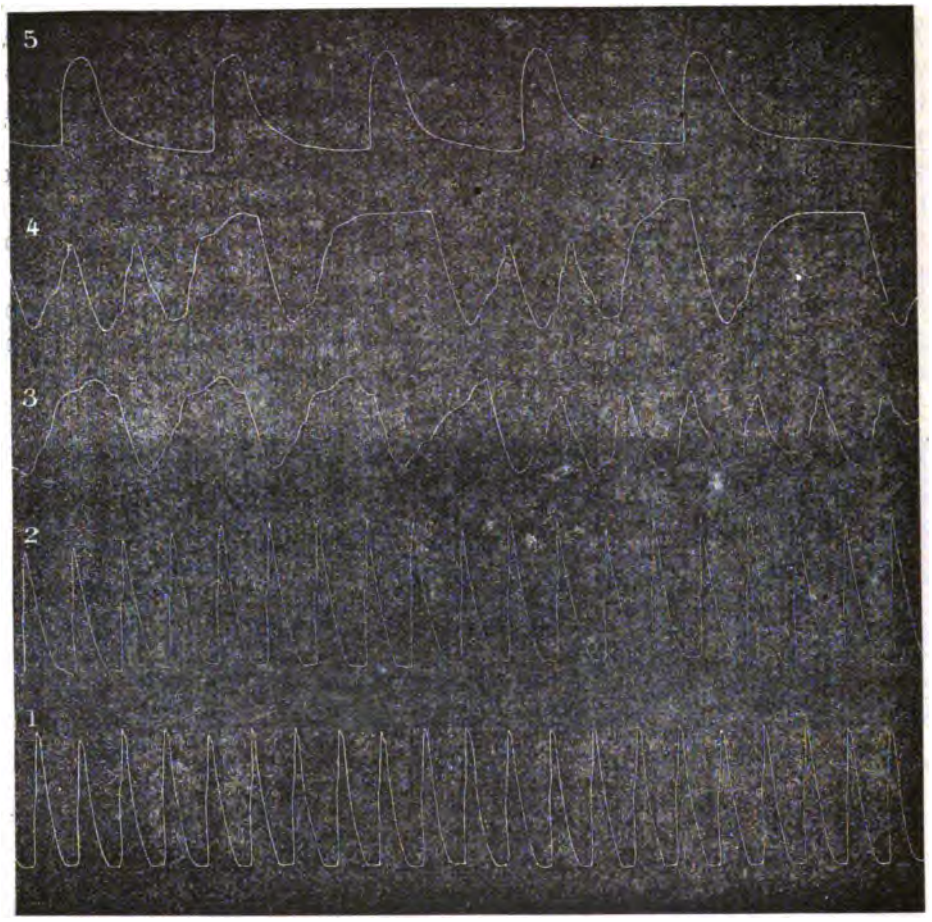


Fig. II.

Grenouille 38 gr. Injection de 0 gr .0006 de digalène dans les sacs lymphatiques dorsaux. 1. Normal. Cœur accéléré. 2. 35 minutes après l'injection. 3. 1 h. 25 après l'injection. 4. 1 h. 45 après l'injection. 5. 3 h. 25 après l'injection. Mort 3 h. 30 après l'injection.

Par action locale de quelques gouttes d'une solution de digalène, à 0 gr. 0003 par centimètre cube, on peut voir également se produire des phénomènes analogues, mais moins nets.

Les tracés III et IV montrent que, chez les animaux à sang chaud, nous reproduisons des effets semblables. Dans le tracé III, à la suite de l'injection d'une dose moyenne de digalène injecté par voie intra-veineuse en solution un peu concentrée, nous voyons nettement l'action irritante se produire, puis peu après l'action tonicardiaque se manifester par du ralentissement et de l'augmentation d'énergie des battements cardiaques, en même temps que l'élévation de la pression sanguine se fait sentir.

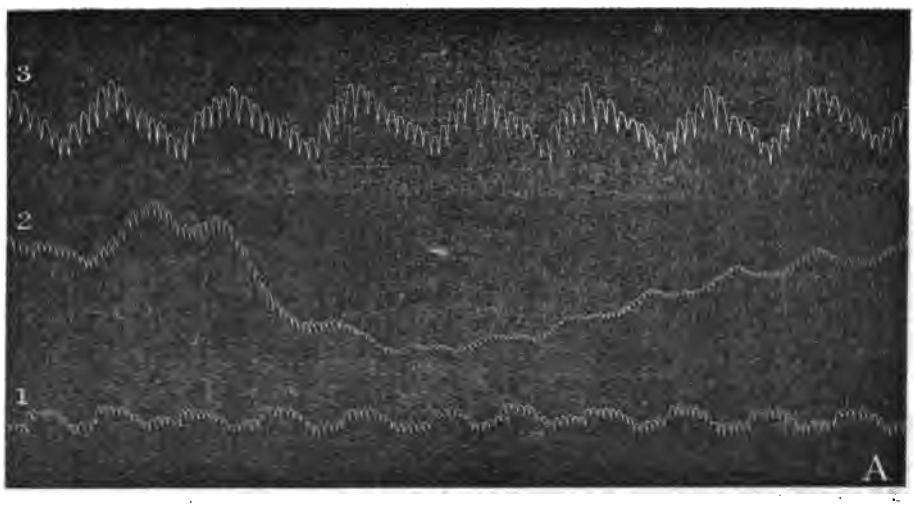


Fig. III.
Chien, 6 kilog. Injection dans la saphène de 0 gr. 0075 de digalène. (Solution à 0,015 0/0.
1. Normal, 136 pulsations. Pression, 130-150 mm. Hg.
2. Pendant l'injection. Chute à 76 mm. Hg.
3. 10 minutes après l'injection. 88 pulsations. Pression, 128-168 mm. Hg.
(Réduit de moitié).

Le tracé IV montre l'évolution des phénomènes toxiques à la suite de l'injection successive de doses moyennes de digalène. On voit d'abord se produire la phase de ralentissement, puis l'accélération et la dyspnée, enfin les irrégularités et la mort brusque précédée d'une régularisation éphémère. Le tracé est absolument comparable à ceux obtenus avec la digitaline, sauf en ce qui concerne la pression sanguine qui baisse plus rapidement qu'avec ce dernier composé.

Etant donné la similitude des phénomènes observés, il était inutile de vérifier l'action du digalène sur les différents appareils nerveux intra et extra-cardiaque ; il est évident que tout doit se passer comme avec la digitaline, cependant nous avons voulu vérifier l'action vaso-constrictive de ce médicament sur les appareils périphériques.

La membrane natatoire d'une grenouille étalée sous le microscope, présente, à l'état normal, une circulation libre et régulière. On injecte 0 gr. 0003 de digalène dans les sacs lymphatiques dorsaux et bientôt après, on peut voir les parois des artérioles et des capillaires artériels devenir le siège de mouvements alternatifs très distincts de systole et de diastole ; les parois se rapprochent par une série de petits mouvements saccadés, comme convulsifs, et restent quelque temps en état très apparent de contraction, au point de réduire du tiers ou de la moitié la lumière des capillaires artériels. A cet état de resserrement, succède un relâchement de parois qui resserre le vaisseau à son calibre primitif ; mais ce retour n'est que momentané, et les premiers phénomènes de contraction reparaissent bientôt, de sorte que l'état de contraction des capillaires artériels est presque permanent. Les capillaires simples ou veineux ne présentent rien de semblable, et leur perméabilité reste la même. Sur

des artérioles, avec des doses un peu fortes de digalène, on voit les mouvements de systole s'exagérer, ceux de diastole devenir moins fréquents et, finalement, le vaisseau se resserrer tellement que ses parois ont fini par rester comme accolées l'une à l'autre ; les globules n'y circulent qu'en petit nombre. L'action vaso-constrictive de la digitaline se montre donc avec le digalène jusque dans ses détails.

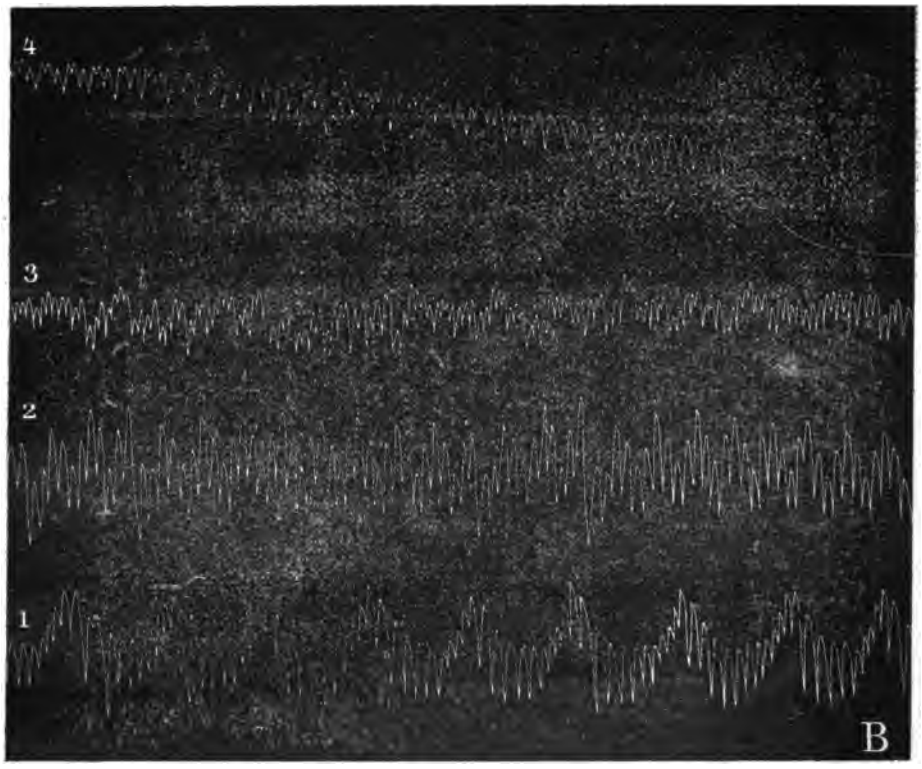


Fig. IV
Chien, 10 kilog. Injection dans la veine saphène de 0 gr. 015 de digalène en 3 fois. (Solution à 0,0 5 0/0).
1. Normal. 84 pulsations. Pression 90-157 mm. Hg.
2. 3 minutes après injection de 0 gr. 010. 86 pulsations. Pression 110-165 mm Hg.
3. 5 minutes après la dernière injection. 136 pulsations. Pression 104-130 mm. Hg.
4. 10 minutes après la dernière injection. Période premortelle. Pouls bigéminé. Régularisation. Mort.

Conclusions. — Si le digalène, au point de vue chimique, ne paraît pas nettement défini et différencié des autres principes actifs retirés de la digitale, sa manière de se comporter dans l'organisme, sa toxicité, son action locale permettent de le considérer comme un corps voisin de la digitaline, possédant des propriétés toni-cardiaques et vaso-constrictives semblables, et susceptible d'utilisation thérapeutique intéressante en raison de sa toxicité plus faible, de sa non accumulation dans l'organisme, et de son action irritante locale très atténuée.

L'AUTOMOBILISME AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ET DU TRAITEMENT DES MALADIES

Par le Dr Paul Le Gendre (1)

Si l'automobilisme n'était qu'un moyen de locomotion, si on se bornait à se servir des automobiles comme de voitures à allure très rapide permettant de se déplacer presque aussi vite qu'en chemin de fer, avec l'avantage de choisir son itinéraire, de partir et de s'arrêter à volonté, l'automobilisme ne soulèverait pas de questions d'hygiène, ni de thérapeutique, du moins pour les voyageurs transportés ; quant aux wattmen, leur cas ne différerait que peu de celui des conducteurs de trains express ; ce ne serait qu'un point d'hygiène professionnelle.

Mais il suffit de réfléchir aux caractères particuliers des voitures automobiles et à la transformation que leur usage fait subir aux habitudes d'un nombre croissant de personnes, pour se convaincre que l'hygiéniste et le médecin doivent s'en préoccuper comme ils avaient été amenés dix ans plus tôt à étudier la bicyclette. En 1893 et 1894, dans les Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, j'ai parlé de l'influence de la bicyclette sur la santé des jeunes gens. Je voudrais aujourd'hui esquisser une étude analogue, en vous faisant part des réflexions que m'a suggérées la constatation des effets multiples produits par l'usage des automobiles.....

.... L'analyse des éléments constitutifs de l'automobilisme, tel qu'il est pratiqué le plus souvent de nos jours, permet de dégager les suivants : la vitesse de la voiture, sa trépidation, la douche d'air qui frappe incessamment le corps, le refroidissement, la poussière, l'immobilité longtemps prolongée, l'état psychique du conducteur et des autres voyageurs.

Suivant l'allure adoptée, la durée du trajet, la construction de la voiture, la nature de la route, la saison, le climat et l'accoutumance, chacun de ces éléments peut être modifié dans une si large mesure que les effets attribuables à ce mode de locomotion peuvent varier du tout au tout. Nous n'avons pas à nous occuper du voyageur transporté dans un landau confortable qu'il peut ouvrir ou fermer à sa guise, à une allure plus ou moins rapide. Entre sa situation et celle de l'homme qui conduit lui-même une voiture découverte, faisant du 120 à l'heure ou seulement du 60 pendant plusieurs heures, sur des routes dont l'entretien n'est pas toujours irréprochable, par des températures très froides ou très chaudes, il y a une riche gamme d'effets physiologiques, somatiques et psychiques, et, par suite, possibilité et réalisation d'effets pathologiques, qu'on peut étudier sur les principaux appareils de l'organisme.

Les appareils et fonctions qui peuvent être influencés à un degré variable par les conditions diverses précédemment énumérées, sont, suivant mon observation, la

(1) *Société de thérapeutique*, 10 octobre 1906.

peau et certains organes des sens, les voies aériennes, la circulation et l'hématose, l'appareil digestif, l'appareil locomoteur et le système nerveux. Par suite, la nutrition générale se trouve nécessairement modifiée.

Si ces appareils sont normaux, sans tare actuelle, ni prédisposition morbide, l'expérience a montré qu'ils s'adaptent progressivement à ces influences ; l'accoutumance établie, non seulement ils n'éprouvent pas d'effets fâcheux, mais plusieurs d'entre eux acquièrent une endurance précieuse, et un bien être général en résulte pour l'organisme entier.

Si certains appareils sont anormaux, selon la nature et le degré de l'anomalie, leurs tares pourront être aggravées ou au contraire combattues suivant le degré de réaction dont ils sont capables, et c'est ainsi qu'on est en droit d'envisager l'usage des automobiles comme intéressant l'hygiène et la thérapeutique, à la condition de dégager leur mode d'action fondamental sur chacun des appareils.

Sur la *peau* saine, l'intensité du courant d'air produit, par suite du spasme des capillaires et artérioles, une sensation généralement agréable de fraîcheur, suivie d'une réaction de chaleur quand la voiture s'arrête, réaction qui va jusqu'au picotement désagréable et à la cuisson, quand l'air a été particulièrement frais, la course très rapide ou le sujet non encore accoutumé. L'accoutumance d'ailleurs se fait vite. Si la peau est couverte de sueur au départ, on peut observer les états pathologiques consécutifs à tous les refroidissements brusques par évaporation sudorale. Vous savez tous quelle est l'intensité de la déperdition du calorique par la peau dans les courses en auto et combien il importe d'être vêtu chaudement. Mais l'accoutumance s'accomplit vraiment d'une manière remarquable et, quand on est frileux de nature, on a tout avantage à se guérir par l'auto de cette gênante *sensibilité au froid*.

Il y a des dermatoses du visage et des mains, comme des hypérémies conjonctivales et toutes affections oculaires, pour lesquelles il faut redouter l'action du vent et de la poussière.

J'ai constaté la disparition en peu de jours, sous l'influence d'un voyage en auto, d'un *prurit* généralisé intolérable qui avait résisté depuis plusieurs mois à toutes les médications connues chez un arthritique névropathe. Il est vrai que ce symptôme reparaît quand le malade reprend la vie sédentaire.

J'ai vu deux personnes sujettes à l'*urticaire* qui ont dû renoncer à l'auto découvert, parce qu'elles étaient reprises de poussées après chaque course un peu rapide; je connais, par contre, un neuro-arthritique qui en a beaucoup moins depuis qu'il s'y est adonné.

L'influence du courant d'air sur les *voies aériennes* est sans inconvénient pour les muqueuses saines. Il est nécessaire de respirer par les fosses nasales et, quand elles sont perméables, le couvre-bouche est inutile, sauf dans les courses de vitesse ou par les très mauvais temps. Je connais plusieurs personnes, notamment un confrère, qui se sont guéries de *pharyngites* et d'*amygdalites* récidivantes par l'auto découvert.

Les personnes atteintes de catarrhe laryngo-bronchique aigu s'abstiennent en général d'aller en auto. Pour celles qui ont du *catarrhe chronique*, il y a lieu d'en-

visages l'étendue et la nature des lésions. Les *emphysémateux* simples sans catarrhe bronchique se trouvent généralement assez bien de l'auto, à la condition de n'user que d'une vitesse modérée. Les *asthmatiques* nerveux, en bénéficiant de la distraction et de la modification générale de la nutrition que leur apporte une ventilation pulmonaire accrue, peuvent aller en auto et souvent s'en trouvent améliorés....

.... Nous sommes souvent consultés par des *tuberculeux* sur les inconvénients de l'auto. Ils doivent être divisés en plusieurs catégories suivant les étapes et suivant les formes. On doit naturellement l'interdire à tous les fébricitants. Les tuberculeux qui ont eu des hémoptysies à plusieurs reprises ou seulement une seule plusieurs mois auparavant, ne devront pas être autorisés. Mais on peut autoriser ceux qui sont porteurs de lésions discrètes, du premier degré, sans tendance congestive. J'ai vu plusieurs tuberculeux avérés en évolution scléreuse, quoique avec persistance d'un certain degré de catarrhe muco-purulent, se trouver fort bien de l'usage modéré de l'auto, à la condition d'être protégés par une glace d'avant et de choisir les temps convenables.

L'auto convient bien aux *anémiques* et aux chlorotiques, à la condition que la voiture soit très confortable et qu'ils ne subissent pas une trop longue immobilisation; ils se contenteront de courses de deux heures séparées par des temps de repos.

Parmi les *cardiaques* on autorisera ceux dont les lésions orificielles sont compensées. Je considère comme des contre-indications pour eux les congestions pulmonaires et hépatiques : les premières, à cause du courant d'air et de la poussière ; les troubles du foie, à cause des trépidations. Il va de soi qu'en tout cas un cardiaque ne doit pas conduire lui-même, à cause de la fatigue physique et de la tension nerveuse que nécessite la direction. Les malades atteints d'*insuffisance aortique*, les grands athéromateux, ceux qui ont la dilatation aortique de Hodgson, exposés plus particulièrement aux syncopes, doivent renoncer au volant de direction....

.... J'oserais à peine mentionner les *anévrismes*, et particulièrement ceux de l'aorte, comme des contre-indications absolues si je n'avais appris de la bouche d'un confrère, aujourd'hui décédé, que, se sachant atteint d'un anévrisme de l'aorte tellement développé qu'il le voyait battre dans la région sternale, il conduisait encore lui-même en auto sa famille....

.... Comme troubles de la circulation veineuse, je dirai quelques mots des *varices*. Il y a inconvénient pour les personnes qui sont atteintes d'un état variqueux très accentué des membres inférieurs, à passer des journées entières dans un auto où elles sont à l'étroit, les jambes immobilisées en flexion. Les *hémorroïdaires* s'en trouveront également mal.

Parmi les états pathologiques du *tube digestif*, il en est qui se trouvent bien de l'auto : l'*anorexie*, les *dyspepsies atoniques* et certaines *gastralgies* d'ordre névropathique, justiciables de la distraction :

.... Les *gastrites ulcéreuses* qui ont donné lieu à des hématémèses contre-indiquent, bien entendu, l'auto.

Parmi les *entéropathies*, il faut distinguer celles qui peuvent avoir tendance à l'hémorragie et en général toutes celles qui s'accompagnent de douleurs à la palpation, augmentant par la marche, ou de diarrhée. Des *constipés chroniques* m'ont

dit avoir des garde-robes plus faciles et plus régulières quand ils faisaient de l'auto.

Parmi les nombreuses malades atteintes de *colopathie mucino-membraneuse* que nous avons à soigner, il s'en trouve qui, en dehors des crises douloureuses, ont bénéfice à se servir de l'auto, auquel elles doivent de la distraction et le grand air.

Les *lithiases hépatique*, *rénale* et *vésicale* doivent être envisagées de diverses façons suivant la période de leur évolution. Quand il s'agit de coliques hépatiques rares ou remontant loin dans le passé, l'auto peut être autorisé, comme améliorant la nutrition générale. Mais s'il y a eu des coliques hépatiques ou néphrétiques récentes, des signes d'inflammation des voies biliaires ou urinaires, de congestion du foie, du rein, les malades aggraveraient leur état en subissant les trépidations de l'auto, qui est aussi contre-indiqué pour les calculs vésicaux, les cystites, les prostatites, les tuberculoses génito-urinaires. Parmi les *albuminuriques*, on peut permettre l'auto à ceux qui n'ont pas de poussées congestives du rein.

Je fais les mêmes distinctions à propos des *affections génitales de la femme :* les affections chroniques, non douloureuses, sans poussées inflammatoires ni congestives, beaucoup de fibromes non compliqués permettent l'usage modéré de l'auto, mais je conseille toujours l'abstention au moment des règles. J'ajoute que l'auto peut être autorisé chez presque tous les valétudinaires quand il s'agit d'une voiture à moteur électrique, à allure lente, sans trépidation, sur une route parfaite, mais je répète que la question n'existerait pas si l'automobilisme était pratiqué de la sorte.

A propos de l'*appareil locomoteur*, je ne vois guère à signaler que les précautions à prendre pour certains rhumatisants, qui doivent éviter avec soin les refroidissements ; mais je ne puis me dispenser de signaler au point de vue de l'hygiène générale la tendance croissante et assez naturelle de beaucoup d'automobilistes à s'abstenir de marcher ; il est à craindre que la généralisation de ce sport dans la classe riche n'y fasse perdre de plus en plus l'aptitude à la marche, dont il est cependant difficile de contester l'utilité individuelle et sociale.

Si j'envisage maintenant le groupe des *maladies de la nutrition*, je suis frappé des grands avantages qu'offre l'auto. D'une manière générale l'accroissement des combustions résulte d'une ventilation plus intense de l'appareil respiratoire et de l'action exercée sur le système nerveux par la douche d'air longtemps prolongée.

Les goutteux et les autres arthritiques, en particulier les diabétiques dans la période floride, m'ont paru tous retirer un grand profit de l'automobilisme. Les sédiments uratiques sont moins abondants ou disparaissent pendant les périodes de voyage en auto, et son usage fréquent peut, je crois, améliorer l'état bradytrophique. Mais j'y vois un inconvénient sérieux pour les obèses, s'il ne consentent pas à compenser l'immobilité des heures passées en auto par une somme suffisante d'exercices physiques actifs (marche à jeun, escrime, gymnastique) et par le massage.

J'ai réservé pour la fin l'examen de l'influence de l'automobilisme sur le *système nerveux*. Il est de toute évidence qu'elle est considérable et peut par conséquent être utile ou nuisible selon l'état particulier du sujet auquel on a affaire.

D'après mes remarques personnelles, les neurasthéniques et les psychasthéniques se trouvent bien en général de s'adonner à l'auto. Mais il me semble, sauf erreur, que les effets de l'automobilisme, si complexes, diffèrent énormément sui-

vant qu'il s'agit de l'homme qui tient le guidon ou de celui qui se laisse conduire, suivant la rapidité et la durée des courses ou des promenades. La responsabilité inhérente à la direction, en obligeant le wattman à concentrer son attention et à la tenir sans cesse en éveil, fait de la direction de l'auto une distraction puissante et précieuse pour beaucoup d'hommes habituellement préoccupés de leurs affaires ou de leur santé. C'est en partie à ce titre que bon nombre de médecins ont pris vite le goût et souvent la passion d'un mode de locomotion, d'ailleurs si avantageux au point de vue pratique, qui les soustrait dans les intervalles de leurs visites à l'obsession de la clientèle. Nous pouvons donc très logiquement conseiller l'automobilisme à ceux qui ont besoin d'oubli et de repos d'esprit.

Mais il y a une catégorie nombreuse d'excités ou, comme on dit, de « cérébraux », qui sont incapables d'user avec modération de tout ce qui peut leur procurer une variété d'ivresse ; ceux-ci, qui ne vont jamais assez vite à leur gré, s'adonnent à tous les excès sportifs, quel que soit le sport auquel ils se livrent. A eux l'automobilisme n'apportera pas le calme dont ils auraient besoin. En outre, par leur tendance outrancière, ils deviennent un danger public quand ils font du 120 en compagnie ou sur des routes fréquentées. En général, l'automobilisme actif ne leur convient pas. A vrai dire, j'ai vu quelques exceptions et rencontré des gens qui manquaient absolument de pondération dans les actes ordinaires de la vie et qui retrouvaient un calme inattendu quand ils se sentaient responsables de leur vie et de celle d'autrui. Mais cette catégorie doit être peu nombreuse et, tant qu'un excité n'a pas fait la preuve de sa capacité à se maîtriser, la main sur le volant, il est plus prudent de le dissuader de s'y placer.

Une catégorie de malades du système nerveux qu'il faudrait pouvoir empêcher de conduire les automobiles, c'est celle des *épileptiques*. Une revue allemande, l'*Automobil-Welt*, réclamait récemment un certificat médical constatant l'absence d'épilepsie chez les aspirants à la licence de wattman. Mais on sait combien il y a d'épileptiques à accès rares et frustes ; ceux-ci seront le plus souvent méconnus. Non moins dangereux d'ailleurs sont les grands alcooliques et absinthiques, lorsqu'ils ont la direction d'un auto.

Quant aux personnes qui sont purement des voyageurs transportés passivement, suivant la longueur et la rapidité de la course, la variété des spectacles, le confortable de la voiture, suivant aussi leur caractère et leur état névropathique, elles peuvent trouver dans les promenades et les voyages en auto les distractions ou une sorte d'inhibition de la pensée ou un stimulant avantageux, et donner satisfaction à ce besoin de plus en plus répandu chez les contemporains de déplacements incessants et rapides, spirituellement appelé la « bougeotte » par M. Jules Claretie.

Il resterait, pour être complet, à dire un mot de l'influence fâcheuse que peuvent exercer sur l'*hygiène publique* les flots de poussière soulevés dans les villes et les campagnes par le nombre croissant des autos sur les routes non encore goudronnées, poussières capables de disséminer des microbes pathogènes, et à laquelle ne peuvent échapper, même au milieu des forêts autrefois les plus paisibles, les infortunés ou trop peu fortunés piétons, obligés encore de respirer les gaz mal odorants des autos qui carburent mal.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 *octobre* 1906.

Présidence de M. LEGENDRE.

M. SCRINI répond à la critique qu'avait faite M. Bardet dans la dernière séance de la note présentée en commun avec M. Chevalier sur l'*action pharmacodynamique et clinique de la novocaïne.* Il maintient ses premières conclusions, à savoir que les solutions aqueuses de novocaïne ne donnent jamais une anesthésie cornéenne et conjonctivale égale à celle que l'on observe avec des solutions de cocaïne ou de stovaïne de même concentration. Puis, s'appuyant sur les textes de très nombreuses analyses de publications sur la novocaïne, analyses parues dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, il réfute les arguments de M. Bardet, prétendant que ses conclusions sont différentes de tout ce qui a été publié sur cet anesthésique : on retrouve, au contraire, chez tous les auteurs l'expression de cette vérité : la novocaïne est beaucoup moins anesthésique que la cocaïne et son association avec l'adrénaline est de toute nécessité pour élever son action.

M. LEBEAUPAIN présente une note sur l'*emploi du Véronal en thérapeutique.* Il estime que cet hypnotique est d'un maniement délicat, car il a observé sur lui-même des accidents d'intoxication au bout de trois soirs d'ingestion de 0 gr. 50 du produit. Au cours de la 4e journée, l'orateur eut des vertiges qui le forcèrent de rentrer chez lui : il dut cesser toutes ses occupations ce jour-là.

M. BOUSQUET fait remarquer que le véronal ne doit être donné qu'aux sujets ne présentant pas d'insuffisance rénale : il cite l'exemple d'un mélancolique qui prit 25 gr. à la fois du produit, et ne succomba pas. Il rappelle enfin, que pour tout médicament actif, il y a des idiosyncrasies.

M. CHEVALIER recommande de ne pas prendre les hypnotiques nouveaux pendant longtemps, car leur élimination se fait alors moins facilement. Il faut s'arrêter au bout de quelques jours.

M. BARDET s'étonne que des médicaments assez actifs pour provoquer une perturbation aussi profonde des fonctions, que celle qui e manifeste par l'hypnose, soient si aisément prescrits et ingérés. Tous ces produits sont administrés à des doses trop élevées : pour le véronal, une dose initiale de 0 gr. 25 suffit. Avec 0 gr. 20 de chloral, on peut obtenir le sommeil ; la dose de 1 gr., recommandée par les manuels, est dangereuse.

M. LAUFER insiste sur ce point que le sommeil physiologique est un phénomène toxique à plus forte raison le sommeil artificiel, car la toxicité médicamenteuse vient alors se surajouter à ce phénomène.

Les accidents consécutifs à l'emploi des hypnotiques sont dûs à des causes multiples, telles que : diminution dans la réaction du système nerveux, ralentissement de la nutrition, etc.

M. LEGENDRE lit un travail sur l'*automobilisme au point de vue de l'hygiène et du traitement des maladies* (*paraît dans la Revue*).

M. BAUDOUIN a constaté chez un cirrhotique la réapparition d'accidents graves à

chaque sortie en automobile. Il est évident que les trépidations de la voiture sont préjudiciables aux hépatiques, dont le foie a oujours besoin de repos.

M. Lebeaupain a observé une jeune fille qui présentait de l'urticaire après chaque sortie en automobile. Un traitement par les alcalins l'a mise à l'abri de cet inconvénient .

Séance du 24 octobre 1906.

Présidence de M. Legendre.

M. Blondel donne lecture d'un travail concernant l'*emploi de la novocaïne en gynécologie.* L'orateur a expérimenté ce produit sur 21 malades : il a utilisé des solutions à 2 0/0 en injections intradermiques, des solutions à 5 0/0 en badigeonnages intra-utérins, et a été toujours fort satisfait des résultats obtenus : la novocaïne n'offre dans ces conditions aucun danger d'intoxication et elle anesthésie aussi bien que la cocaïne. L'anesthésie novocaïnique apparaît un peu moins vite que l'anesthésie cocaïnique, mais elle dure plus longtemps. D'un autre côté, si on compare ce produit à la stovaïne, on constate qu'il a sur cette dernière le grand avantage de ne pas exposer aux hémorragies consécutives, car il n'est pas vaso-dilatateur. En gynécologie, il est fort important de ne pas s'exposer à des accidents de ce genre, aussi l'orateur donne-t-il nettement la préférence à la novocaïne dans ce domaine spécial.

M. Fiquet lit une note sur les *propriétés thérapeutiques du zimphène* (acide métaoxycyanocinnamique). Ce corps se présente sous l'aspect de cristaux jaunâtres, assez solubles dans l'eau et l'éther ; il possède des propriétés excito-sécrétoires marquées pour les glandes du tube digestif. A la dose de 3 gr., il provoque une hypersécrétion glandulaire qui ne présente aucun inconvénient, comme l'orateur a pu s'en convaincre sur lui-même.

Le zimphène est en outre, nettement antiseptique : une dose de 0 gr. 25 0/0 arrête la fructification de l'aspergillus niger. Si on en ajoute à de l'urine, celle-ci conserve sa réaction acide pendant 3 jours : la putréfaction du suc gastrique est enrayée si on ajoute dans le ballon 0 gr. 25 0/0 de zimphène.

La toxicité est insignifiante, car l'orateur en a administré 3 gr. par kilo d'animal à un cobaye sans que l'animal ait été incommodé.

Le zimphène ne se prête pas à l'injection intra-veineuse, car il provoque la coagulation du sang.

L'orateur estime que ce médicament doit être préféré à la pepsine et à la pancréatine, qui contient souvent des ptomaïnes, le mode de préparation de ces produits ne permettant pas de se débarrasser de ces substance éminemment dangereuses.

M. Chevalier fait remarquer que le zimphène, étant acide, doit provoquer, comme tous les acides, une sécrétion du suc gastrique au moment de l'ingestion. En outre, les expériences physiologiques de l'orateur ne sont pas suffisamment précises, car elles ont été faite sur un animal dont la digestion normale n'a pas été étudiée. Or, rien n'est plus variable que la normale digestive chez les animaux.

M. Blondel estime que l'orateur n'a pas suffisamment prolongé ses expériences au point de vue de l'action sur le rein : le zimphène étant un phénol, il pourrait arriver qu'après un usage prolongé il se produise de l'albuminurie. En outre, le zimphène, produit antiputride, sera, sans nul doute, employé par les fraudeurs de denrées alimentaires. Il faut donc, avant d'utiliser ce produit, étudier ses réactions chimiques et en posséder une qui permette de le déceler facilement dans les produits alimentaires et dans les urines.

M. Fiquet répond qu'il continue les recherches dans ce sens.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Points de vue nouveaux dans le traitement de la goutte, par le Pr KIONKA (*Zeitsch. f. aerztl. Fortbildung*, 1er octobre 1906). — La présence de glycocolle en excès dans le sang des goutteux démontre une insuffisance de la fonction hépatique, car le foie normal contient un ferment qui détruit rapidement le glycocolle : ce ferment semble plus ou moins manquer chez le goutteux.

Pour faciliter l'élimination de l'acide urique en excès, on se sert de divers produits, la lithine entre autres, qui n'ont, pour l'auteur, qu'un effet contestable. Sur le foie, on peut agir au moyen d'eaux minérales à action laxative et on cherchera à diminuer la production d'acide urique en restreignant l'alimentation carnée. Il faut, à ce propos, se souvenir qu'une grande quantité de l'acide urique intraorganique ne provient pas directement de aliments, mais plutôt de la destruction des leucocytes, des cellules épithéliales, etc.

Pour détruire l'acide urique en excès, il faut tendre avant tout à faciliter une bonne irrigation du foie et des reins par les diurétiques, et un travail musculaire modéré.

L'auteur croit que l'action nocive du séjour au bord de la mer tient beaucoup plus à l'alimentation trop carnée et au manque d'exercice qu'à une influence spécifique du climat maritime.

Pour enrayer la production de glycocolle en excès, il faudrait avant tout diminuer la quantité d'acide urique, puisque le glycocolle est un produit de décomposition de cet acide ; il provoque, d'ailleurs, la précipitation de l'acide urique et enraie son élimination jusqu'à ce que l'accès se déclare.

Il est probable, d'un autre côté, que le cartilage et ce tissu conjonctif donnent naissance, en se décomposant, à du glycocolle : on s'explique de cette façon l'existence des lieux d'élection classiques de l'accès aigu, qui se trouvent dans des régions où dominent ces tissus. Lorsque, sous l'influence d'un traumatisme, d'une gêne circulatoire, du froid, etc., une de ces régions est mal irriguée, il s'y forme du glycocolle qui précipite l'acide urique, tantôt lentement, tantôt brusquement. Le thérapeute est donc fort embarrassé, car, s'il cherche à s'opposer à la formation de glycocolle, produit de décomposition de l'acide urique, il tend à ralentir cette décomposition. Mieux vaut donc favoriser la décomposition du glycocolle et des acides aminiques, et agir sur le fonctionnement du foie. La théorie est, ici, d'accord avec la pratique, car les acides benzoïque, quinique, salicylique et la colchicine sont des cholagogues marqués, ainsi que les eaux purgatives. Les acides minéraux présentent aussi une action analogue.

Parmi les aliments cholagogues, il faut citer en premier lieu la viande : cette circonstance explique que certains auteurs aient recommandé l'alimentation carnée dans le traitement de la goutte, en se basant sur des observations exactes. Mais ces faits ne doivent pas être généralisés, et, si l'on cherche à activer les fonctions cholagogues par l'alimentation, il est préférable de recommander les petits repas fréquents.

On sait que les acides benzoïque, quinique et salicylique sont éliminés par l'organisme sous forme de combinaisons dans lesquelles entrent des acides aminiques ; ils retiennent ainsi le glycocolle et l'empêchent de précipiter l'acide urique.

Comme traitement local de l'accès aigu, l'application de la chaleur constitue une arme à double tranchant, car si on favorise l'irrigation, on arrive bien, le plus souvent, à entraîner les dépôts uratiques, mais on

risque aussi de favoriser une précipitation plus marquée de l'acide urique contenu dans le courant sanguin.

L'ablation du cartilage malade, quand une seule articulation est envahie par l'accès de goutte, recommandée par Riedel, est destinée à rendre, d'après l'auteur, de grands services dans le traitement de l'attaque aiguë, si la diathèse est peu accentuée.

E. VOGT.

Contribution à l'étude de la d'Arsonvalisation dans l'hypertension artérielle permanente et le diabète sucré, par CHANOZ (*Annales d'électrobiologie et de radiologie*, août 1906). — Dans un travail très documenté, l'auteur démontre, en s'appuyant sur 8 observations, que la d'Arsonvalisation est applicable sans inconvénient aux hypertendus, et est capable de provoquer une abaissement marqué de la tension artérielle chez la plupart des malades ; l'auteur n'a pas eu le temps de vérifier si ces effets sont durables.

Pour le diabète sucré (7 observations), la diminution, obtenue dans quelques cas, du taux du sucre urinaire, a été en général passagère.

E. VOGT.

Traitement du rachitisme et de l'atonie abdominale qui l'accompagne, par W. EWART (*The Brit. med. J.* 13 oct. 1906). — Les indications sont tracées par la symptomatologie des affections gastro-intestinales, nutritives, nerveuses, musculaires. Au début de la maladie, contre les troubles digestifs, on administre une fois par jour, de préférence la nuit, une dose de poudre grise ou de calomel, ou bien 20 à 30 gouttes d'huile de ricin. Conformément à la théorie de la dyscrasie acide, on peut donner le matin 0,30 à 0,60 centigr. de phosphate tribasique de chaux et de sel ordinaire. Pour relever la nutrition générale on continue à donner de l'huile de foie de morue, puis de la chaux, du phosphore et des phosphates, sous forme d'un sirop contenant des hypophosphites de chaux, de soude et de fer avec des glycérophosphates. Pour répondre aux indications nerveuses et musculaires, l'auteur recommande la strychnine, puis l'adrénaline contre l'asthénie musculaire pendant peu de jours seulement.

Dans le même but, on peut essayer le formiate de soude, la coca. L'électricité peut rendre des services sous formes de courants sinusoïdaux qu'on fait passer à travers les mains ou les pieds baignant dans une cuvette. Le traitement des lésions osseuses par le calcium et les phosphates doit être commencé de très bonne heure pour avoir une action.

Le traitement spécial de l'atonie abdominale comporte deux sortes d'indications. Il faut soulager les muscles affaiblis et supprimer l'action de la distension abdominale sur la fibre musculaire. Ensuite, il faudra remédier aux conséquences de l'atonie elle-même. A cet effet, on a plusieurs moyens à sa disposition.

Le massage est le meilleur moyen de rétablir ici la circulation entravée, d'autant que les rachitiques sont privés des avantages de l'activité musculaire juste au moment où le mouvement est une des conditions du développement. Ce massage doit être général et consister surtout dans le pétrissage des muscles. Les frictions, les bains et l'électricité peuvent être employés d'une façon régulière. Au bord de la mer, on peut recourir aux bains de sable, à la maison aux bains d'eau salée.

Le massage de l'abdomen doit être pratiqué par des mains expérimentées. On y a recours pour renforcer la paroi musculaire, pour réduire la distension de l'estomac et du colon, pour combattre les engorgements viscéraux, pour accroître l'activité respiratoire. Dans la suite, on peut employer avec avantage le massage dorsal en décubitus latéral, associé au massage abdominal.

Une ceinture abdominale élastique rendra les plus grands services, par son action automatique, par le soutien qu'elle apporte à la paroi abdominale et aux vaisseaux de l'aire splanchnique. L'amélioration dans la distribution du sang ou le massage se traduit très rapidement par l'amélioration de l'anémie si marquée dans le rachitisme, enfin la respiration plus active diminue aussi la pâleur. L'action élastique de la ceinture équivaut à un massage continu.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Chirurgie des gros troncs veineux (19e *Congrès français de chirurgie*, 6 avril 1906). — Le rapport de M. Lejars, que l'on a pu lire dans le précédent numéro, a été suivi d'une discussion dont les principaux élé-

ments ont été fournis par MM. Morestin et Doyen (de Paris), Depage (de Bruxelles), etc... Rappelons les conclusions du rapporteur, en ce qui concerne les *indications de la suture veineuse :* la suture ne s'impose que dans les plaies de la veine porte et celles de la veine cave inférieure au-dessus des pédicules rénaux. Si l'on excepte ces deux troncs veineux, que l'on ne peut traiter par la ligature circulaire sans entraîner la mort, la blessure des gros troncs veineux peut être traitée d'une manière aussi efficace et plus simple par la double ligature circulaire, sauf les cas d'asthénie vasculaire (myocardite) ou encore de ligature artérielle concomitante d'artério-sclérose, etc., où la suture latérale mettra mieux le blessé en demeure de guérir sans accidents. La *suture bout à bout,* surtout indiquée dans certaines plaies, ou après l'ablation de tumeurs, n'a pas été suffisamment essayée sur l'homme : il en existe pourtant de remarquables exemples de MM. Murphy et Koïte, après ablation de la poche d'anevrysmes artério-veineux.

M. *Morestin* a une longue expérience des sutures veineuses, puisqu'il a expérimenté chez l'animal dès 1892. Il a pu se convaincre, dit-il, que sur toutes les veines de l'économie, on obtient une réunion excellente avec un simple surjet. Il rappelle aussi que de nombreuses expériences prouvent la possibilité de transplanter des segments veineux, de réaliser en un mot *l'autoplastie veineuse* ; ces réparations méritent d'être appliquées à l'homme. Traitant ensuite de l'innocuité des ligatures, il confirme que les troubles qu'il a observés à la suite de la *ligature* des gros troncs veineux de l'aisselle, de l'aine, du creux poplité, sont inconstants et passagers, lorsqu'ils surviennent. On peut donc lier la plupart de ces grosses veines, comme procédé de nécessité. Dans les plaies des sinus de la dure-mère, le tamponnement suffit à arrêter les hémorragies graves et la ligature n'est pas toujours possible. Enfin, on ne peut sans danger lier les deux jugulaires internes et il a vu un opéré succomber sous ses yeux dans ces conditions, après qu'il eut fait l'ablation d'un cancer de la langue.

M. *Depage* apporte un cas de ligature bout à bout de la veine porte, sectionnée transversalement pendant l'ablation d'un cancer du pancréas. Le malade survécut 24 heures ; la suture fut trouvée intacte et la mort semblait ne devoir être imputée qu'à l'ablation du pancréas. Citons aussi le fait de M. *Delagénière,* qui blessa le tronc veineux brachio-céphalique droit, en enlevant un goître cancéreux. L'hémorrhagie céda à l'application d'une pince à demeure, qui fut laissée en place sur la déchirure pendant trois jours. Ce moyen mérite donc notre notre confiance et il faut dire que dans ces cas d'extrême urgence, c'est celui qui se présente le plus naturellement à l'esprit. M. *Doyen* donne quelques détails sur la meilleure manière de suturer les veines *latéralement et bout à bout. Il* faut se servir de fines aiguilles rondes à suture intestinale et de soie n° 0. On commence par fermer la veine avec un surjet et on consolide le premier plan en suturant en deuxième plan la gaine celluleuse de la veine. Pour la réunion circulaire, il utilise le surjet entrecoupé, tel qu'il l'emploie en chirurgie gastro-intestinale. Pour terminer, nous trouvons la relation d'une ligature de la veine cave inférieure, blessée au cours d'une néphrectomie transpéritonéale pour cancer du rein. La suture trouvait ici une de ces rares indications absolues dont nous parlons plus haut, puisque la déchirure siégeait au-dessus des pédicules rénaux. La suture se fit avec facilité, grâce à l'emploi de fils de lins perforants, à points rapprochés de 2 millimètres. Deuxième plan cellulo-fibreux. La suture tint bon et le malade guérit.

A. Benoit.

De l'extirpation sous-cutanée des veines variqueuses du membre inférieur, par M. Noratt (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.* LXXXIII, 1-2). — Procédé qui substitue à la longue incision cutanée par laquelle on extrait la saphène, une série de boutonnières par lesquelles on isole et fait glisser les divers fragments du tronc veineux. Pour faire saillir ce tronc, on charge sa partie supérieure à la cuisse par une sonde cannelée et on la saisit avec une pince qu'il suffira de tirer en haut. Les grosses collatérales sont mises à nu et liées à part, quant aux petites, on les arrache ou on les tord, lors de l'extirpation, sans qu'il y ait à s'en préoccuper autrement. Une ou deux sutures suffisent à fermer les boutonnières et la cicatrisation est obtenue en huit jours. Au bout de deux semaines, les opérés peuvent commencer à se lever, avec un bon bandage roulé du membre infréieur.

A. Benoit.

De la suture artérielle (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — Peu de faits, mais quelques observations assez probantes. M. Ziembicki a échoué en voulant suturer l'origine de la thyroïdienne inférieure, au cours de l'extirpation d'un cancer. L'hémorragie récidiva et le malade succomba. Mais il eut deux succès, l'un après l'ablation d'une poche anevrysmale traumatique de la radiale, l'autre dans un cas d'anévrysme diffus de la poplitée. La suture fut faite au catgut et la guérison fut complète.

A. Benoit.

Plaies de l'estomac, plaies du foie (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. Auvray a traité chirurgicalement plusieurs plaies de l'estomac. Sa mortalité est encore bien considérable. Il donne un sage avis, qui consiste à ne pas se contenter d'explorer la face antérieure, mais de faire une large brèche dans l'épiploon gastro-colique pour visiter la face postérieure. Il n'y a pas lieu d'employer pour ce faire des moyens plus compliqués, tels que la gastrotomie ou la résection costale, disproportionnés avec le but à atteindre.

M. Legueu (de Paris) traite des plaies du foie, en exposant 4 cas de sa pratique. Dans 3 plaies par arme à feu, il a obtenu la guérison de lésions graves par l'intervention. Dans un cas de plaie par coup de couteau, le blessé ne put être sauvé. Il y a donc lieu d'établir une sérieuse différence de gravité. Comme technique opératoire, l'A croit la suture inutile et dangereuse. Il s'est toujours contenté de bourrer la plaie avec une mèche.

La manière de faire, en présence des accidents, n'a guère, on le voit, fait de progrès depuis vingt ans, où la suture fut déjà jugée irréalisable ou inefficace.

A. Benoit.

Péricolite adhésive sténosante (*Soc. de ch.* 25 juillet 1906). — M. Potherat rappelant une de ses communications précédentes, où il signalait les colites qui ont pour cause des adhérences, rapporte aujourd'hui une observation de M. Delangre (de Tournai), qui vient à l'appui des premiers faits. Une jeune femme de 21 ans souffrait de crises douloureuses abdominales intermittentes résistant à tous les traitements. Une laparotomie exploratrice permit de constater que le grand épiploon était adhérent en plusieurs endroits au colon ascendant. Ces adhérences furent libérées ; plusieurs d'entre elles étranglaient l'intestin comme de véritables brides. Le résultat fut parfait, car depuis sept ans, cette femme n'a plus souffert de l'abdomen. Ces cas de péricolite adhésive sténosante sans cause connue, peuvent donc être soupçonnés lorsque des signes douloureux abdominaux persistent et que les signes de l'entérite font, par ailleurs, défaut.

A. Benoit.

De l'exploration dans le décubitus latéral gauche pour le diagnostic différentiel de l'appendicite (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. Berthomiex (de Moulins) indique un signe qu'il considère comme pathognomonique de l'appendicite chronique : lorsqu'on examine le malade dans le décubitus dorsal et qu'on le fait ensuite coucher sur le côté gauche, on trouve une différence de douleur très sensible de la région cæco-appendiculaire. Au contraire, la douleur se manifeste même dans les salpingites droites et dans il est facile de distinguer l'appendicite grâce à ce signe. Les difficultés du diagnostic dans l'appendicite chronique ne nous permettent pas de négliger la connaissance de signes cliniques aussi importants, sur lesquels il convient d'appeler l'attention.

A. Benoit.

Diagnostic & traitement de l'appendicite (*Soc. de Méd. Berlinoise*, 18 juillet 1906). — On s'est beaucoup préoccupé dans ces derniers temps de l'état anatomique de l'appendice. M. Kraus niant qu'il soit possible de déterminer cet état par les signes cliniques seuls, sitôt le diagnostic d'appendicite posé, il faut opérer. Le diagnostic, en général facile, devient fort compliqué dans les crises abortives. L'auteur est convaincu que l'appendicite aiguë est le plus souvent précédée de lésions inflammatoires à marche chronique, se traduisant par des troubles digestifs et des points douloureux variables.

M. Heubner parle de la difficulté spéciale du diagnostic dans l'appendicite chronique. Il est aussi très interventionniste. M. Orth trouve qu'on ne peut faire état des constatations anatomo-pathologiques pour proclamer la nécessité de l'intervention. En effet, au cours des autopsies, notamment des vieillards, on trouve journellement des lésions appendiculaires guéries.

A. Benoit.

Sur la palpation de l'appendice et la valeur de cette palpation dans l'appendicite chronique, par Th. HAUSSMANN (*Roussk Wratch*, 8 juilet 1903).

On considère actuellement que tout appendice sensible à la palpation est, par ce seul fait, tuméfié et altéré. M. Haussmann est d'avis que la palpation du vermium est possible, même à l'état normal. Il faut, pour y arriver, s'habituer d'abord à reconnaître au doigt les organes environnants, colon, cœcum et dernière portion de l'intestin grêle que l'on confond souvent avec lui. Il est fort important de reconnaître que c'est bien un appendice gonflé et douloureux que l'on tient sous ses doigts, car en s'en rapportant, selon l'habitude prise, à la constatation du point douloureux de Mc Burney, on risque d'avoir basé son diagnostic sur la sensibilité des plexus nerveux, situés en ce point, surtout chez les nerveux, l'appendice étant absolument sain. D'autre part, l'appendice étant malade, ce point peut demeurer tout à fait indolore. La palpation est facile lorsque l'appendice se dirige en dedans, au-dessus du psoas. Elle est plus malaisée lorsqu'il se dérobe en arrière du cœcum.

Si la critique de l'auteur, relativement à l'importance donnée au point de Mc. Burney, est fort juste, on ne saurait partager entièrement son assurance relativement à la possibilité de situer l'organe incriminé chez une bonne moitié des sujets, même non obèses.

A. BENOIT.

Manuel opératoire de l'appendicectomie (*R. Méd. de l'Est*, 1er juin 1906). — M. WEISS a communiqué, en séance de la Société de médecine de Nancy, les résultats de sa pratique et suscité, à ce propos, une discussion qui a le mérite de faire apparaître les principes et méthodes qui ont triomphé dans la pratique courante des centres chirurgicaux de province. Selon l'orateur, les procédés opératoires doivent varier avec les divers cas. Considérons : 1° les voies d'accès vers l'appendice ; 2° la conduite à tenir vis-à-vis de l'organe ; 3° la désinfection péritonéale.

A) Comme voies d'accès, l'incision abdominale antérieure latérale droite, procédé de Jalaguier de préférence, est la méthode de choix dans les opérations à froid. Les cas sont-ils *aigus*, mais récents, c'est l'opération de Roux, c'est-à-dire l'incision iliaque qui convient. Enfin pour les *abcès enkystés*, à la suite d'accidents causés par la laparotomie antérieure, l'auteur préfère aujourd'hui l'incision postérieure, ou l'incision rectale et vaginale qui lui a permis, suivant le siège de la lésion, de diminuer la gravité de l'intervention et la durée de la convalescence.

B) Pour rechercher l'appendice, M. Weiss donne un signe que reconnaîtront bien ceux qui ont éprouvé quelque difficulté à trouver l'organe enfoui dans les fausses membranes. L'existence d'un *point dur péri-cœcal* révèle toujours sa présence, en pareil cas. Une fois trouvé et dégagé, l'appendice doit être enlevé, à cause des petites collections de pus qui se dissimulent sur toute sa longueur. L'appendicectomie sous-séreuse peut être nécessaire dans les cas difficiles. On pourra néanmoins remettre à plus tard l'ablation de l'organe, si sa recherche devait avoir pour conséquence la rupture d'adhérences enkystant un foyer purulent.

C) Le péritoine, jusqu'ici lavé à la solution salée ou à l'eau bouillie, pourra être mieux désinfecté, si l'on adopte *l'eau oxygénée*. Cet agent convient même aux formes de péritonite généralisée, traitée par trois incisions. Il est souvent utile, dit M. Weiss, dans ces cas graves, et s'il y a occlusion post-opératoire, de créer un *anus contre nature*. Le lavage de l'estomac lui a donné également dans son service, les meilleurs résultats qui se maintiennent depuis plusieurs années.

M. MICHEL a été frappé des résultats annoncés par l'orateur dans un cas d'appendicite retro-cœcale, traitée par la voie lombaire. Il lui parut évident que, pour les abcès volumineux qui pointent dans la région lombaire, l'incision postérieure est de beaucoup la plus indiquée. Cette incision l'est encore dans les cas d'appendicite rétro-cœcale à collection non apparente et peu volumineuse. Lui aussi a fini par adopter cette manière de faire à la suite d'un accident survenu par la voie antérieure. Chez un de ses opérés, l'abcès put bien être ouvert et drainé par cette voie, mais le jour où la mèche fut enlevée, une péritonite se déclara par irruption du pus dans la grande cavité péritonéale et la malade succomba. Mais comme il n'est guère facile de préjuger le siège de ces abcès rétro-cœcaux, on pourra se comporter comme il le fit chez un deuxième malade. Après avoir constaté, par l'incision classique, le siège postérieur de l'abcès, on referme cette incision et on va à la recherche du foyer en arrière, par le triangle de J.-L. Petit. Cette méthode peut être employée d'emblée dans les cas où

le siège de la douleur, la fièvre et l'ascension du pouls indiquent plutôt une suppuration peu abondante. Lorsque, chez la femme, on s'adresse à la voie vaginale, ce sera tantôt la *colpotomie* antérieure, tantôt la postérieure, à laquelle il conviendra de recourir.

La *fistulisation* de l'intestin, conseillée par M. Weiss, lui a permis de guérir un enfant chez lequel la paralysie de l'intestin était telle que les matières fécales s'accumulaient dans l'estomac, ainsi que les lavages répétés permirent de le constater. Passant à la question de l'intervention chez les enfants, M. Michel dit qu'on ne saurait se déclarer abstentionniste ou interventionniste, car tout dépend de l'allure de la crise et de la date à laquelle on examine son malade. Devant tout état grave, si l'on peut opérer de bonne heure, on est certain d'apporter à son opéré la meilleure chance de salut. M. Gross insiste à son tour sur le danger que présente la recherche des collections rétro-cœcales, même par l'incision de Roux, le pus pouvant se répandre dans le ventre. Aussi se range-t-il à l'opinion de M. Weiss, qui conseille d'attaquer ces collections d'emblée par la voie lombaire. Quant aux *appendicites pelviennes*, si l'on a soin de donner au bassin l'inclinaison qui convient, on peut évacuer fort bien par l'incision de Roux, c'est-à-dire par la voie iliaque, simple ou double, des abcès que l'on sentait saillir dans le rectum. Il y a là une divergence à noter dans les conclusions de ces derniers auteurs. Lorsque l'appendice se dérobe, M. Gross l'a également reconnu à la sensation d'un petit cordon dur placé dans l'épaisseur des adhérences.

M. Vautrin adopte, en général, cette manière de voir, mais préfère employer la voie postérieure, seulement lorsque la suppuration collectée en arrière du cœcum fait dans le flanc une tuméfaction notable. Mais il faut restreindre à ces cas l'application du procédé, car l'incision lombaire chemine à travers la région de l'uretère et ne permet pas de bien reconnaître les prolongements du foyer. L'orateur s'autorise ensuite de Pozzi pour recommander, par la voie antérieure, un procédé de laparotomie sous-péritonéale qui diffère par trop peu de l'opération de Roux, dans les cas-types, pour mériter une description spéciale.

A. Benoit.

Du traitement opératoire des rétrécissements tuberculeux multiples de l'intestin, par MM. H. Ito et S. Asahara (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.* LXXXII 4-6). — En dehors du rétrécissement iléo-cœcal hypertrophiques, aujourd'hui bien connu, et qui fut traité victorieusement par la résection (1) maintes fois, il existe des rétrécissements tuberculeux multiples, dont la fréquence, récemment démontrée, appelle aujourd'hui l'attention des chirurgiens. Le travail des auteurs met en relief ce qu'on peut attendre de la chirurgie dans ces cas, où le mode opératoire est encore discuté. Aussi analyserons-nous les cinq nouvelles observations que contient ce travail. Trois fois, l'entéro-anatomose, 1 fois la résection, 1 fois la laparotomie exploratrice furent effectuées. Chez le premier malade, il y avait 4 points rétrécis principaux, avec des segments intermédiaires très dilatés. Le contenu fut évacué par une incision, qui fut ensuite suturée. Le jéjunum fut anastomosé avec la partie inférieure de l'iléon. L'opéré bénéficia d'une amélioration fonctionnelle qui dura plusieurs mois et mourut de phtisie galopante. Le second malade présentait une tumeur hypertrophique iléo-cæcale type et, en outre, 3 rétrécissements circulaires sur la dernière partie de l'iléon remontant assez haut. Prenant un point au-dessus du rétrécissement supérieur, une anastomose relia l'iléon au côlon transverse. Un an après, l'opéré avait gagné 7 kilogrammes et vaquait à ses occupations. Le troisième cas concernait une jeune fille de 17 ans, qui portait des lésions semblables aux précédentes, mais chez laquelle on put anastomoser l'iléon avec le colon ascendant. Guérison constatée au bout de sept mois avec engraissement très notable. Une quatrième malade, âgée de 39 ans, se présenta en état cachectique avancé. On trouva, assez haut situés sur l'iléon, quatre ou cinq rétrécissements, dont le plus inférieur était à peine perméable. On dut tenter la résection de tout le segment intestinal malade, soit 95 centimètres. Les deux bouts furent fermés et anastomosés latéralement : mort en 48 heures.

Dans le dernier cas, il y avait 20 rétrécissements et plus, disséminés sur l'intestin grêle, la séreuse étant envahie par les granulations. On se borna à refermer le ventre et cette intervention amena néanmoins une amélioration fonctionnelle sensible, fait déjà observé dans des cas semblables. La conclusion qui s'impose donc maintenant, c'est que l'on peut adopter comme traite-

(1) Thèse Benoit 1893.

ment de choix l'*entéro-anastomose*, la *résection* devant être réservée aux cas très limités. L'anastomose doit être faite assez largement. Mais on trouve aussi de nombreux cas de guérison publiés partout avec des résections simples et multiples. Tout dépend de *l'état général* des malades opérés et de leur atteinte pulmonaire. Ces considérations doivent guider avant tout le chirurgien dans le choix du mode opératoire.

A. BENOIT.

Pseudo-cancer inflammatoire du colon transverse (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. LAMBRET (de Lille) a opéré un homme presque cachectique qui présentait des troubles circulatoires abdominaux; on trouvait à l'examen deux tumeurs, l'une sur le colon tranverse, l'autre sur le cœcum, ce qui fit porter le diagnostic de cancer double de l'intestin. En opérant, on reconnut bien deux néoplasmes, dont l'ablation parut impossible. L'A. fit alors l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion unilatérale de la partie qui portait les lésions. Trois semaines plus tard, les tumeurs n'étaient plus perceptibles et le malade revenait à la santé. Que sont ces tumeurs inflammatoires dont l'histoire demeure si obscure ? Leur étude appelle désormais l'attention.

A. BENOIT.

De la résection du cordon dans la cure radicale des hernies (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. DELANGRE (de Tournai) préconise la *résection du cordon* chez les *sujets âgés*, aux parois abdominales adipeuses. C'est le seul moyen, vu l'effondrement des anneaux chez de tels sujets, d'assurer une cure durable.

A. BENOIT.

Laparotomie pour tuberculose ganglionnaire (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. BUSCARLET (de Genève) a laparotomisé un sujet atteint de tuberculose généralisée à tous les ganglions abdominaux, au point de gêner par compression la vessie et le rectum. Malgré le mauvais état général, cette opération, qui se borna à ouvrir le ventre et à toucher quelque peu les lésions à l'eau oxygénée, donna un excellent résultat, ce qui confirme les faits antérieurement acquis touchant la péritonite tuberculeuse simple.

A. BENOIT.

De la correction des difformités pottiques (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. REDARD (de Paris) utilise soit le *redressement forcé*, soit la position en *hyperextension du rachis*. Le premier ne saurait être effectué sans un appareil, qui peut être fort simple. Celui dont il se sert consiste en une table sur laquelle le sujet repose, et en un appareil d'extension qui agit sur l'extrémité céphalique et sur les membres inférieurs d'une manière lente et graduelle. Quant à la fixation en hyperextension, c'est-à-dire *en lordose*, on l'obtient en faisant coucher les enfants, pendant qu'on leur applique un appareil plâtré, sur la convexité de deux arcs métalliques qui peuvent être fixés, suivant les cas, en différents points d'une table horizontale.

M. CALOT (de Berck-sur-Mer) insiste sur la réalité du redressement permanent qu'attestent ses radiographies. Le principe général d'orthopédie se trouve ici justifié : on doit créer pour les os déviés des conditions mécaniques et statiques inverses de celles qu'ils subissent.

M. BARBARIN (de Paris) trouve plus malaisé de maintenir réduites que de redresser les gibbosités pottiques. Aussi emploie-t-il le corset fenêtré de Calot, mais il le modifie pour éviter les déviations secondaires fréquentes qui se produisent. Il faut, en arrière, une longue fente dépassant largement les limites de la déviation et permettant une compression suffisante et appropriée.

A. BENOIT.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement d'un cas type de dyspepsie hypersthénique, par ROBIN (*Bull. gén. de thérapeutique*, 15 octobre 06). — L'auteur recommande le régime lacté dans les cas graves, et dans les autres une alimentation avant tout végétarienne : on usera modérément des œufs, du pain : comme boisson, de l'eau pure et après le repas une infusion très chaude d'anis, menthe ou camomille. S'étendre pendant 20 à 30 minutes après le repas, sans dormir.

Pour diminuer l'action stimulante de la masse alimentaire de l'estomac et modérer l'excitabilité de l'organe, on prescrira :

Teinture de jusquiame — thébaïque.... — de belladone.	ââ 6 gr.

4 à 8 gouttes dans un peu d'eau, 5 minutes avant déjeuner et dîner.

Pour saturer l'hyperacidité, on donnera à la fin du repas, un des paquets ci-dessous :

Magnésie hydratée.... Bicabornate de soude... Sucre blanc.....	ââ 4 gr.
Carbonate de chaux précipité	ââ 6 gr.
Oléosaccharure d'anis...	1 —

Mêlez et divisez en 12 paquets.

Vers 4 heures de l'après-midi se produisent habituellement des crises douloureuses, qu'on combattra par les paquets suivants :

Hydrate de magnésie....	1 gr. 60
Bicarbonate de soude...	
Sucre blanc.....	ââ 1 gr.
Codéïne	0 gr. 005
Carbonate de chaux pré-précipité	
Sous-nitrate de bismuth.	ââ 0 gr. 80
Oléosaccharure de menthe	0 gr. 05

Mêlez pour 1 paquet, faire 10 paquets semblables.

Cette formule semble complexe, mais a sa raison d'être.

Ainsi, l'*hydrate de magnésie* forme avec l'acide chlorhydrique et l'acide lactique du chlorure et du lactate de magnésium, tous deux stimulants des fibres musculaires lisses, et qui, dans l'intestin, exercent une action laxative en remédiant à son atonie musculaire.

Le *sucre* sert à atténuer le mauvais goût des préparations alcalines.

Le *bicarbonate de soude* donne une sensation immédiate de soulagement.

Le *sous-nitrate de bismuth* exerce une action modératrice sur la sécrétion gastrique et compense l'action parfois trop purgative de la magnésie.

Le *carbonate de chaux précipité* agit comme saturant des acides gastriques et corrobore l'effet de la magnésie, sans avoir de propriétés laxatives.

La *codéine* agit comme calmant de la sensibilité gastrique et modère l'excitabilité du plexus solaire.

Au moment où le malade ressent une douleur, il doit prendre une poudre sans attendre, et récidiver si, au bout d'une demi-heure, la douleur n'a pas disparu. Prendre au besoin un troisième paquet.

Toutes les fois qu'on aura été obligé de prendre un de ces paquets, soit de jour, soit de nuit, en prendre un autre à titre préventif, en se couchant, deux soirs de suite.

La constipation cédera le plus souvent à la magnésie renfermée dans les paquets. Si elle persiste, on la combattra par un lavement ordinaire ou encore par une des pilules suivantes :

Aloès du Cap.....	0 gr. 07
Gomme-gutte	0 » 03
Turbith *végétal*.....	0 » 02
Extrait de jusquiame....	
Extrait de belladone...	ââ 0 » 005
Savon amygdalin..	Q. s.

Pour une pilule. En donner une au repas du soir, ou au coucher. Augmenter le nombre, si c'est nécessaire.

En général, au bout de deux ou trois jours, les garde-robes redeviennent régulières et l'on peut supprimer les pilules.

E. Vogt.

Quelques notes sur le traitement de l'hyperchlorhydrie, par Docq (*Annales de la polyclinique de Bruxelles*, septembre 1906). — Dans un précédent travail sur ce sujet, l'auteur indiquait la supériorité du régime lacté absolu dans le traitement initial de cette affection.

Bien qu'idéal, ce régime ne peut être appliqué à tous les cas en raison de la répugnance de certains malades pour le lait. Il faut alors avoir recours au bouillon de légumes, bien inférieur au lait en général, mais plus facilement tolérable. On prépare ce bouillon de la façon suivante : dans un litre d'eau de fontaine, on coupe en menus morceaux une carotte, un cœur de céleri, deux pommes de terre, un navet et quelques aromates : thym, laurier, serpolet, etc. Le tout est mis à feu vif et, après cuisson, on laisse évaporer une partie de l'eau jusqu'à réduction de moitié, en tenant le récipient sur le côté du feu. Au bout de 2 à 3 heures, on décante. Le bouillon est additionné d'une quantité d'eau égale à celle qui est évaporée. Pour s'en servir, on ajoute du tapioca, de la semoule ou du vermicelle que l'on fait bouillir, et le malade prend ainsi 4 à 6 potages par jour. On peut ajouter aux légu-

mes deux minces tranches de bœuf à bouillir. On n'emploiera que rarement ce moyen, si le lait n'est pas toléré.

Le régime lacté sera poursuivi pendant 6 à 8 jours, au moins jusqu'à disparition complète des douleurs. Si celles-ci n'ont pas reparu au bout de ce temps, on pourra augmenter le régime : 1 litre de lait en potage au tapioca, vermicelle, semoule très cuits, bouillies de farine d'avoine, de riz, très cuites. On pourra délayer un jaune d'œuf dans chaque potage.

A midi, 50 grammes de viande de mouton ou de cheval, râpée, et 50 grammes de pommes de terre. Tilleul chaud aux repas ou eau fraîche. Si les douleurs gastriques sont tenaces, donner surtout de la belladone, par exemple :

Extrait de belladone.....	0 gr. 05
Sirop de codéine.....	40 —
Eau de fleurs d'oranger	10 —
Eau chloroformée saturée	100 —

Par cuillerée à soupe.

Il est nécessaire que le malade prenne la préparation de belladone tous les jours, qu'il y ait des douleurs ou non, tandis que les poudres alcalino-terreuses seront réservées pour les cas où des brûlures, crampes, pyrosis se feraient sentir.

Après 10 à 12 jours de ce régime, on peut ordinairement supprimer toute médication et ne donner au malade qu'une feuille de régime sur laquelle sont inscrits les aliments qu'il pourra manger sans crainte de souffrir. Le retour à l'alimentation se fait graduellement. Ces feuilles de régime sont celles dont se sert Mathieu. Le malade reçoit aussi une feuille de régime d'exclusion, qui comprend tous les aliments et les boissons dont il faut s'abstenir complètement pendant une assez longue période après la guérison.

L. JUMON.

Traitement de l'entérocolite, par LA FÉTRA (*The Brit med. J.* 13 oct. 1906). — L'expression entéro-colite est prise ici dans une acception assez large, l'affection étant difficile à séparer de la diarrhée estivale. L'hygiène des enfants atteints d'entéro-colite aiguë ou chronique doit être l'objet d'une attention spéciale. Les vêtements seront en flanelle légère. Les selles doivent être soigneusement désinfectées. La chambre doit être vaste, aérée, fraîche pendant la saison chaude.

Il n'existe pas de spécifique ni de remède abortif contre l'entéro-colite. On supprimera de l'alimentation tout ce qui peut irriter l'intestin. On provoquera l'élimination des matières intestinales qui sont une cause d'intoxication. L'auteur donne ici la préférence au sulfate de soude. Au dessous de l'âge de 9 mois ,le calomel et l'huile de ricin semblent préférables. On stimulera l'élimination par la peau, par des bains chauds, plus tard par le tub froid, par des frictions d'eau de Cologne.

Du thé léger, donné chaud, favorise l'élimination par la peau et par les reins ; c'est un stimulant et un léger astringent. Pour favoriser l'élimination intestinale et diluer les toxines, on donnera d'abondantes irrigations intestinales avec la solution saline normale alcalinisée par une quantité égale de bicarbonate de soude.

Parmi les médicaments, l'atropine semble être le meilleur antidote physiologique des toxines, c'est aussi un stimulant de la respiration et du sympathique qui se trouvent dans un état de dépression. L'auteur fait toutes les deux heures une injection hypodermique d'un millième de grain (0 gr.00006) d'atropine jusqu'à dilatation de la pupille.

L'acide chlorhydrique ajouté à l'alimentation ou à l'eau de boisson est souvent très utile, en aidant à la digestion gastrique et en stimulant les sécrétions biliaires et pancréatiques. S'il n'y a pas de vomissement, on donnera de la teinture de noix vomique ou du tannate de quinine. En cas de vomissements, on fera des injections de strychnine et d'huile camphrée toutes les deux ou trois heures.

La troisième indication est de combattre l'inflammation. Une fois que la surface de l'intestin a été nettoyée et que la température est tombée, on combattra l'inflammation de la muqueuse par les préparations de chaux, de magnésie, l'oxyde de zinc ou de bismuth. Ces poudres doivent être données en grandes quantités et souvent. On donnera toutes les deux heures, par exemple, 1 gr. à 1 gr. 20 de sous-nitrate ou de sous-gallate de bismuth associé à 0,25 centigr. d'oxyde de zinc. L'auteur préfère ces dernières préparations à celles de tannin.

Si malgré tout la diarrhée continue, on peut recourir à la poudre de Dover ou à l'elixir parégorique, mais on supprimera la préparation opiacées si la température remonte, ce qui indique la rétention des matière toxiques.

Contre la douleur sur le trajet du colon, on appliquera le sac de glace, mais seulement chez les enfants déjà grands.

Le ténesme sera combattu par des lavements amidonnés avec ou sans opium et s'il y a du prolapsus rectal, on appliquera une pommade à 5 p. c. de cocaïne.

L. JUMON.

Importance des agents physiques dans la cure consécutive aux interventions pour lithiase biliaire, par SCHURMAYER (*Therap. Monatshefte*, octobre 1906). — L'auteur insiste sur ce fait que, chez beaucoup d'opérés, la situation n'est pas beaucoup améliorée du fait de l'intervention ; il faut en chercher la cause dans l'influence réciproque du foie sur la vésicule biliaire : un foie de lithiasique n'est pas un foie normal, et l'extirpation de la vésicule à elle seule ne modifie pas suffisamment, dans beaucoup de cas, la situation. Un des accidents les plus fréquents dont se plaignent les opérés est la crise de gastralgie, que l'auteur combat par le lavage stomacal, le matin à jeun, avec de l'eau à 40-50°, suivi de l'introduction d'un demi-litre d'une solution de nitrate d'argent à 1 00/00, qui reste dans l'estomac de 30 à 120 secondes : après extraction de cette solution, nouveau lavage comme ci-dessus. On peut aussi, au lieu de nitrate d'argent, utiliser un mélange d'un litre d'eau à 30° et d'une cuillerée à soupe de chloroforme.

En outre, on peut faire des applications faradiques avec un pôle introduit dans l'estomac : on obtient, de cette façon, une excitation salutaire de la sécrétion biliaire, qui revient plus fluide. On observe bientôt, à la suite du traitement, une disparition de la douleur, une diminution du volume du foie, un relèvement de l'appétit, etc.

Comme applications externes, l'auteur préfère les thermophores électriques. Dans certains cas, le bain électrostatique rendra de grands services, ainsi que le massage, à condition d'être exécuté par un praticien habile.

En cas de météorisme, le courant faradique primaire, avec très larges électrodes, l'une sur le dos, l'autre sur l'abdomen, donne d'excellents résultats.

La constipation qui suit habituellement l'opération doit être combattue par un massage énergique, dont l'auteur donne la description, et par la gymnastique respiratoire.

Les ptoses constituent une complication fort gênante, surtout celle du rein droit, qui sera modifiée par l'emploi d'appareils vibratoires.

E. VOGT.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON
Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Valeur relative du traitement familial de la tuberculose, par LAWRENCE FLICK (*The Am. J. of the med. sc.*, oct. 1906). — L'auteur est partisan du traitement des tuberculeux chez eux. Si le traitement dans un sanatorium offre certains avantages, le traitement à la maison est moins coûteux, le malade n'est pas séparé de ses affections, il peut, jusqu'à un certain point, participer à ses affaires, enfin les frais sont moins considérables. Les principes du traitement antituberculeux sont applicables à la maison, ce sont : un régime soigné, la régularité dans l'exercice et le repos, dans le mode d'existence, le choix des médications, enfin l'immunisation artificielle. Le traitement moderne peut aussi bien être appliqué à la maison que dans un sanatorium, et le médecin de la famille, au moins dans les grandes villes, sera toujours à même d'établir un diagnostic précoce et d'appliquer le traitement souvent avec succès. Le traitement peut également être institué avec autant d'efficacité à la ville ou à la campagne, en dehors de toute question de climat. En résumé, le traitement de la tuberculose, d'après l'auteur, peut être mieux suivi aujourd'hui à la maison, lorsque du moins le malade a à sa disposition un service compétent, que dans un sanatorium. Pour ceux qui ne trouvent pas chez eux les conditions de traitement exigibles, il est préférable d'aller se soigner dans un sanatorium.

L. JUMON.

Le régime dans les sanatoriums pour phtisiques, par IRVING FISHER (*The Am. J. of. the med. sc.*, oct. 1906). — Le régime, qui est un des facteurs les plus importants dans le traitement de la phtisie, est d'une application obscure et difficile. De nombreux conflits d'opinion se sont élevés en ce qui concerne la viande, les œufs, ce lait et d'autres aliments, on admet généralement que le phtisique a besoin d'une grande quantité d'aliments protéiques, mais certaines observations tendent à montrer que même chez lui, l'excès est nuisible. L'auteur a adressé à 95 sanatoriums un questionnaire sur le régime suivi pour avoir des éléments de comparaison. La plupart ont recours à l'alimentation telle qu'elle est en usage dans le pays. Beaucoup suppri-

ment le vin, la bière, le vinaigre, les salaisons, les champignons de conserve, le porc, les tripes, le thé, le café, les pâtisseries. Certains font grand usage de noix et de fruits, d'autres de l'huile de foie de morue, etc. La plupart excluent l'alcool, le tabac, beaucoup suppriment le chocolat, le cacao, les extraits de viande, le jus de viande et le vinaigre. Sur 65 établissements, 28 admettent délibérément la suralimentation, 20 y sont opposés. Quant à la valeur du régime, il varie de 2.100 à 5.500 calories. Mais des tables, on peut conclure qu'un tuberculeux moyen peut être alimenté avec succès avec 3.000 calories ou moins par jour. Jusqu'à présent, on a trop cherché à produire simplement une augmentation de poids, qui s'obtient par une surcharge graisseuse, sans bénéfice pour les forces. C'est une erreur de demander au patient qui sort du sanatorium de maintenir son poids au-dessus de la normale, car les tentatives faites dans cette voie sont peut-être la principale cause de la tendance à la rechute. Le malade doit pas non plus chercher à travailler autant qu'auparavant, mais il doit proportionner la somme de travail à ses forces.

Chez le tuberculeux, la quantité d'aliment protéiques doit être évidemment plus grande que pour un homme normal, mais souvent on a de la tendance à dépasser la mesure. On a peu cherché à déterminer l'effet de l'augmentation ou de la diminution du régime protéique sur le tuberculeux. Un médecin a constaté qu'un patient nourri avec 3.000 calories dont 350 étaient fournies par les protéiques, s'améliorait par ce régime, sans augmenter de poids. En augmentant la quantité des protéiques, on n'obtenait qu'une élévation de la température. Chez le phtisique, comme chez l'homme normal, l'observation montre qu'il faut administrer le minimum de protéiques nécessaire pour la reconstitution, au-dessous de ce minimum on n'aboutirait qu'à un désastre. Quant à la proportion des hydrates de carbone et des graisses, elle a varié de 750 à 2.200 colories. La viande ne doit pas être considérée seulement au point de vue de sa teneur en substances protéiques, mais aussi son action peptogène qui est précieuse chez le phtisique.

Dans l'application du régime, il faut procéder suivant les indications de chaque cas et laisser quelque choix au goût du patient. A part quelques exceptions, l'auteur constate que le régime du sanatorium est imité de celui de la famille et qu'il faudrait chercher un régime mieux adapté aux malades.

L. JUMON.

Le lait comme hémostatique, par SOLT (*Therap. Monatshefte*, octobre 1906). — L'auteur, ayant eu l'occasion de voir une jeune fille de 15 ans, épuisée par une métrorrhagie qui avait résisté à toutes les médications, donna un lavement nutritif composé de lait légèrement salé : la métrorrhagie cessa comme par enchantement. Depuis ce premier fait, les lavements de lait furent employés par l'auteur dans divers cas d'hémorragies (pulmonaires, stomacales, utérines). Il faut injecter un litre au moins à la fois : la température du liquide importe peu.

Ces lavements sont en général bien supportés, à part un peu de météorisme dans quelques cas, on n'observe aucun accident. Le malade est couché sur le côté. Si le sujet à perdu connaissance, il faut empêcher la sortie du liquide en comprimant l'orifice anal. Le clysopompe est préférable au bock, car son effet mécanique semble exciter les réflexes locaux.

L'effet hémostatique, qui est rapide et très marqué, ne s'obtient que si l'on utilise la voie rectale ; la digestion stomacale semble enlever au lait ses propriétés spéciales, sans doute dues, pour l'auteur, à la teneur élevée en sels de chaux du liquide injecté.

E. VOGT.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Nouvelle note sur la cure continue de la syphilis, par HALLOPEAU (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 octobre 1906). L'auteur préfère les frictions d'onguent napolitain aux injections d'huile grise, dont on ne peut méconnaître les dangers : il ne fait des injections d'huile grise que dans les cas où, pour une raison quelconque, il se trouve dans l'impossibilité de pratiquer les frictions.

Au point de vue de la durée du traitement, l'auteur conseille de faire, pendant 2 mois consécutifs, des frictions quotidiennes le premier mois et un traitement ioduré le second mois, et de continuer ainsi pendant quatre ans. Dans certains cas, chaque

cycle peut être ramené à 40 jours au lieu de 60, mais c'est un chiffre minimum.

E. VOGT.

L'anévrisme syphilitique de l'aorte, traitement, par SAATHOFF (*Munch. med. Woch.*, 16 octobre 1906). — La question de l'aortite syphilitique est devenue à l'ordre du jour ; l'affection prépare le développement de l'anévrisme de l'aorte. Dans un groupe de cas, on connaît les antécédents syphilitiques du malade ou on en soupçonne l'infection, en raison de l'existence du tabès, par exemple. Chez d'autres malades, on ne peut affirmer l'affection. Cependant on devra admettre comme probable l'aortite syphilitique chez les sujets qui éprouvent généralement une sensation de pression thoracique, qui ont des douleurs irradiées dans les bras et qui, à un stade plus avancé, présentent de l'inégalité du pouls, parfois du déplacement de la trachée et des pulsations rythmiques de cet organe. La plupart de ces symptômes indiquent déjà une dilatation de l'aorte. La radioscopie peut compléter le diagnostic. D'un autre côté, dans beaucoup de cas, avant le développement de l'anévrisme, on peut constater les signes de l'insuffisance aortique. Or, toute insuffisance aortique qui survient à un âge relativement jeune, où l'on peut exclure l'artériosclérose, et lorsqu'il n'y a ni rhumatisme ni endocardite antérieurs, on peut soupçoner avec grande vraisemblance la nature syphilitique de l'aortite.

Lorsque donc on sait que la syphilis existe dans les antécédents, que des valvules de l'aorte sont lésées sans qu'on puisse trouver une autre explication, il ne faudra pas hésiter à instituer un traitement antisyphilitique énergique, afin d'arrêter le mal dans sa source.

Aujourd'hui, on ne considère plus l'iodure de potassium comme le seul médicament à opposer à la syphilis vasculaire, mais il faut procéder à un traitement complet par les frictions.

En résumé, dans les cas favorables, on peut non seulement diagnostiquer l'anévrisme de l'aorte dans ses premiers stades, mais reconnaître aussi l'aortite syphilitique qui précède l'anévrisme, de manière à pouvoir instituer dès le début le traitement spécifique. C'est le traitement de la syphilis aortique qui est la prophylaxie même de l'anévrisme de l'aorte.

L. JUMON.

Traitement de l'eczéma érythémateux, par SHOEMAKER (*The med. Bull.* sept. 1906). — A propos d'une observation qu'il rapporte, l'auteur fait remarquer que l'affection s'est développée sous l'influence d'un vice de régime et de l'abus de la bière. Le malade consommait de grandes quantités de farine d'avoine, aliment très indigeste et irritant pour les voies digestives à cause de la grande quantité de cellulose qu'il contient. Comme la farine n'exige pas de mastication et que le suc gastrique n'a pas de propriété amylolytique, l'aliment amène des fermentations.

Le malade a d'abord été mis à régime exclusivement liquide, surtout du lait, pendant au moins huit jours. Il a été purgé avec du calomel, suivi d'une dose de sulfate de magnésie. Puis l'auteur a prescrit une cuillerée à thé trois fois par jour après avoir pris du lait ou quelque aliment, de la potion suivante :

Sulfate de strychnine...	0.04 centigr.
Créosote de hêtre.....	XXIV gouttes.
Glycérine peptonisée....	100 gr.

Pour régulariser les selles il donne le soir ou le matin une pilule contenant du jalap et de la coloquinte. Comme traitement externe et pour prévenir les démangeaisons et la sensation de brûlure, il prescrit des lotions deux fois par jour avec de l'eau de chaux contenant de l'hamamelis, du carbonate de magnésie et de la créosote.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Traitement des urétrites par la méthode de Bier, par MAYER (*Société de médecine in. de Berlin*, 16 juin 1906). — Le traitement est appliqué seulement aux urétrites chroniques, à l'aide d'une sonde rigide à ouvertures latérales adaptée à un appareil qui fait le vide et aspire le contenu des glandes urétrales (microbes, cellules, pus) : cette aspiration se fait après le lavage du canal.

M. DESCHAMPS.

De quelques modes de traitement usités dans l'urétrite chronique rebelle, par WORMSER (*Journal des Praticiens*, 4 août 1906). — Lorsque l'écoulement contient des gonoco-

ques et que le malade souffre en urinant, il faut se borner au traitement antiphlogistique : il ne faut commencer les grands lavages au permanganate que lorsque les douleurs en urinant ont complètement disparu.

Le malade atteint d'un écoulement chronique devra être examiné de la façon suivante : la goutte sera examinée au microscope et on recueillera l'urine du matin dans 4 verres. Dans le cas d'urétrite chronique simple sans complications vésicales, le premier verre contient des filaments que l'on peut diviser en trois variétés : 1° filaments légers et ténus restant en suspension ; 2° filaments lourds en paquets tombant au fond du verre ; 3° filaments en virgules ou en croissants. Les trois variétés peuvent être rencontrées dans le même cas.

Les filaments légers sont l'indice d'un état de congestion urétrale ; l'écoulement cède aux instillations de nitrate d'argent de 1 à 4 0/0 ou au sulfate de cuivre glycériné.

Les filaments lourds sont l'indice de rétrécissements que l'on constatera à l'exploration et que l'on dilatera.

Les filaments en virgule sont l'indice de lésions des glandes de l'urètre : dans ce cas, il faut faire un massage du canal sur Béniqué, après avoir mis une solution antiseptique dans la vessie, pour faire uriner le malade ensuite et laver le canal.

Lorsque ces différents traitements ont échoué, il faut faire l'urétroscopie avec l'instrument de Luys. S'il existe un état congestif de la muqueuse (saillie rouge de la muqueuse en forme de bourrelet hémorroïdaire), on la cautérisera avec un crayon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. S'il existe de l'infiltration dure (aspect blanc-gris de la muqueuse) avec rougeur des orifices et glandes de Littre, on fera la dilatation avec le dilatateur-laveur de Kollmann ; la dilatation est faite tous les 6 à 8 jours ; on n'augmentera à chaque fois que de 2 divisions, l'instrument étant laissé en place 10 minutes ; il faut se guider sur les sensations du malade ; l'auteur n'a jamais dépassé 44 (88 Béniqué) au dilatateur droit, et 43 1/2 (87 Béniqué) au dilatateur courbe ; certains ont poussé jusqu'au 50 (100 Béniqué).

M. Deschamps.

Hématuries gravidiques d'origine vésicale, par Proust. (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, juillet-août 1906).

L'auteur rapporte une observation personnelle d'hématurie vésicale, survenue à la suite d'un traumatisme (probablement coups de pied dans l'abdomen), au troisième mois d'une grossesse qui était troublée déjà depuis une quinzaine de jours, par de la difficulté dans les mictions, ayant abouti à la rétention complète et au regorgement. Les caillots empêchant l'évacuation de la vessie, on fit la taille hypogastrique qui montra que l'hématurie était due à la rupture dune veine variqueuse La suture du point saignant étant impossible à réaliser à cause de la friabilité de la muqueuse, on se borna à faire un tamponnement à la gaze et à placer un tube sus-pubien avec une sonde à demeure : le tamponnement fut retiré au bout de 48 heures, et la malade guérit sans que l'hémorrhagie se renouvelât.

Il existe dans la littérature médicale, deux autres observations d'hématurie vésicale par varices de la muqueuse au cours de la grossesse, une de von Kubinyi et une de Guyon et Albarran : dans ces deux cas, l'origine de l'hématurie fut vérifiée au cystoscope, l'hémorrhagie s'arrêta par des lavages vésicaux ; dans l'observation de von Kubinyi on pratiqua la dilatation de l'urètre avec des bougies d'Hégar pour évacuer les caillots.

D'autres observations d'hématuries gravidiques ont été publiées, mais sans que la preuve de l'origine vésicale ait été fournie : l'hématurie pouvait être alors aussi bien rénale que vésicale (Guyon).

Un grand nombre d'auteurs qui ont examiné des vessies de femmes enceintes ont observé une dilatation et un développement très marqués du système vasculaire (Ruge, Bar, Guyon et Albarran, etc. Kolischer a même vu au cystoscope un caillot attaché sur la suffusion d'une veine dilatée.

Au point de vue du diagnostic, un examen attentif fera éliminer l'hémorrhagie utérine : l'origine vésicale sera reconnue par la palpation bi-manuelle, les signes de rétention, de cystite, l'abondance et la qualité des caillots, et au besoin la cystoscopie par vision directe.

Les hémorrhagies vésicales peu considérables peuvent être arrêtées par l'immobilisation au lit, les lavages vésicaux à l'eau chaude ou additionnée d'hémostatiques, l'application de compresses d'eau froide ou de vessies de glace sur l'hyopgastre : si l'hémorrhagie est très abondante, il faudra faire l'aspiration des caillots ; enfin, dans les cas graves, la taille hypogastrique est absolument indiquée. L'accouchement

provoqué ne peut être proposé que dans certains cas graves d'hématurie rénale : il ne peut en être question dans les cas d'hématuries purement vésicales, contre lesquelles on est suffisamment armé par la taille hypogastrique qui permet de tamponner, lier ou suturer le vaisseau rompu.

M. DESCHAMPS.

Prostatite chronique cystoparétique, son traitement, par B. GOLDBERG (*Munch. med. Woch.*, 11 septembre 1906). — Sous cette dénomination, l'auteur comprend une prostatite chronique de forme grave associée à une rétention d'urine chronique. Il s'agit d'une affection rare ayant atteint des individus de 25 à 45 ans, et qu'on ne peut diagnostiquer que lorsqu'on a soigneusement exclu toutes les maladies qui peuvent déterminer la parésie vésicale. Elle tient une place intermédiaire entre la prostatite chronique diffuse simple et l'hypertrophie de la prostate, dont elle a toutes lès conséquences, tandis qu'elle présente les caractères anatomo-pathologiques de la première. Le pronostic est défavorable lorsque la quantité d'urine résiduelle atteint 160 à 200 cc. depuis quelques années, car on n'arrive plus à se passer de la sonde, mais on peut obtenir une guérison fonctionnelle dans les premières années.

Le traitement doit être prolongé car on a affaire à une maladie anatomiquement incurable et il est impossible d'obtenir une régénération de la prostate à la suite d'anciennes cicatrices. Le traitement doit être poursuivi adroitement par une bonne technique, pour éviter des causes multiples d'infection. Enfin il faut soigner à la fois la vessie et la prostate.

Les indications du traitement sont les suivantes :

On cherchera à guérir la prostatite, par l'expression régulière de la sécrétion, l'applications de désinfectants, surtout de l'eau oxygénée à 1-3 p. c. dans l'urèthre postérieur, en agissant sur la prostate par de l'eau très chaude, des petits lavements d'ichthyol, d'iodure de potassium, d'iodipine, par la faradisation rectopérinéale de la prostate.

L'évacuation de la vessie doit être régulière, et faite tous les jours, tandis qu'avec des solutions désinfectantes on fait des lavages de la vessie et de l'urèthre. Comme traitement antiseptique interne, l'auteur conseille d'alterner avec le salol, l'helmitol, l'urotropine, d'autant plus qu'on ne peut atteindre la pyélite que par la médication interne.

Lorsque les traitements appliqués d'une façon correcte et prolongée ont échoué, on essayera le traitement opératoire. L'auteur a essayé sans succès dans un cas la galvano-caustique intra-uréthrale de la prostate. Cette opération est irrationnelle dans la prostatite, parce qu'on ne peut atteindre toutes les cavités suppurées. On peut conseiller la résection de la prostate par la voie périnéale. Zuckerkandl et Desnos ont guéri de la rétention d'urine par cette opération un homme de 27 ans et un homme de 45 ans. La prostatectomie est ici une opération sérieuse, car il s'agit de sujets jeunes. Un malade de Le Fur, atteint en même temps de rétrécissement, mourut après la prostatectomie à l'âge de 36 ans. Un malade de 27 ans, atteint depuis trois mois de rétention complète d'urine fut opéré par Albarran et guérit.

M. DESCHAMPS.

Syphilis de la prostate, par DROBNY (*Méd Obozr.*, LXV, 7). — Il s'agit d'un malade, indemne de toute blennorragie, qui présente à l'âge de 32 ans, 12 ans après avoir pris la syphilis, des douleurs à l'éjaculation et de la gêne dans la région anale ; la miction était lente, mais indolore.

Le toucher prostatique montrait une prostate augmentée de volume, surtout du côté droit ; la pression faisait sourdre au méat quelques gouttes d'un liquide légèrement purulent, mais amicrobien : l'urine était claire.

Après avoir éliminé l'hypertrophie de la prostate et la prosatatite, la tuberculose, le cancer, l'auteur fit le diagnostic de syphilis de la prostate, malgré la rareté de cette lésion, et sous l'influence d'un traitement par les injections de salicylate de mercure, les troubles fonctionnels disparurent et la prostate diminua de volume.

M. DESCHAMPS.

Abcès métastatique de la prostate, par LEGRAIN (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 15 sept. 1906). — Cet abcès se manifesta chez un homme de 30 ans, vierge de tout antécédent urétral, au cours d'un phlegmon diffus de l'avant-bras consécutif à une piqûre d'épine, qui avait déterminé un panaris du pouce avec nécrose des phalanges.

Quatre jours après l'incision du phleg-

mon, le malade a une élévation de température avec douleurs dans le bas-ventre : puis, quelques jours après, il ne peut plus uriner ,on le sonde et on fait alors le diagnostic d'abcès de la prostate.

Le surlendemain, au cours du cathétérisme, l'abcès se crève dans l'urètre : on trouve dans le pus du streptocoque et du perfringens. On administre du salol, qui amène de l'hémoglobinurie : celle-ci cesse avec la suppression du salol, et reprend dès que l'on recommence à donner du salol : elle cesse enfin définitivement lorsqu'on donne 1 gramme de chlorure de calcium quelques heures avant le salol. Le malade allait mieux lorsqu'il mourut subitement dans la cour de l'hôpital : à l'autopsie on trouva la prostate réduite à l'état de coque fibreuse et les reins très congestionnés : les autres organes étaient sains.

M. DESCHAMPS.

Considérations sur les suites de la prostatectomie transvésicale, par MOSCOE (*Presse Médicale*, 2 juin 1906). — L'auteur publie l'examen des pièces d'un prostatique âgé de 68 ans, opéré par le procédé de Fuller-Freyer, et mort 24 jours après l'opération.

Entre la vessie et l'urètre membraneux se trouve une cavité dont la paroi est constituée par du tissu prostatique tapissé par un épithélium semblable à l'épithélium vésical. Ce tissu n'est autre que la prostate normale, comprimée et refoulée vers la périphérie par les masses néo-formées enlevées au cours de l'opération. L'urètre membraneux formait le véritable col de la vessie. Les orifices des canaux éjaculateurs étaient perméables et s'ouvraient dans la cavité.

L'intérêt de cette observation consiste dans la rapidité de réparation de la cavité formée par l'ablation de la prostate et la conservation des canaux éjaculateurs, qui peut faire espérer l'intégrité des fonctions génitales chez les malades opérés par ce procédé.

M. DESCHAMPS.

Traitement chirurgical du varicocèle par la méthode de Kohler, par PONZIANI (*Clinica Moderna*, 5 juillet 1906).

Ce procédé consiste à inciser le scrotum le long du bord antéro-externe du cordon, depuis l'anneau inguinal jusqu'au testicule. On dissèque les veines malades et on les résèque entre deux ligatures, une au niveau de l'anneau inguinal, l'autre au-dessus du testicule : on accole ensuite les deux tranches sectionnées en rapprochant le bout supérieur du bout inférieur par traction sur les chefs des ligatures ; ces chefs sont noués ensemble, les supérieurs avec les inférieurs. Puis on suture la tunique du scrotum transversalement, en transformant l'incision longitudinale en suture transversale : le scrotum est ainsi rétréci de bas en haut et soutient le testicule.

Ce procédé donne de très bons résultats ; on observe quelquefois à la suite une augmentation de volume du cordon, qu'il ne faut pas prendre pour une récidive du varicocèle : cette hypertrophie est due à une hyperproduction de tissu fibreux entre les éléments du cordon.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

Traitement des prolapsus génitaux (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. CAZIN (de Paris) défend l'opération de Groves, qui assure le maintien du périnée par la *suture* systématique des releveurs de l'anus à la fois en avant et en arrière du vagin.

Si l'on fait une incision horizontale en avant du vagin, à 4 ou 5 centimètres du méat uréthral et que l'on décolle la lèvre supérieure de la plaie suffisamment haute pour isoler la vessie, il suffit d'enfoncer profondément le doigt à droite et à gauche pour sentir les bords des releveurs. Dès lors, on charge ce bord sur une pince à griffes et on passe les deux ou trois fils nécessaires pour les rapprocher sans difficulté dans la plupart des cas. On complète ce temps en suturant les deux lèvres de la plaie vaginale, non sans avoir réséqué une certaine étendue du lambeau muqueux supérieur. Même manœuvre accomplie en arrière du vagin. Trois ou quatre points sont nécessaires. L'A. donne la préférence, pour ces sutures perdues, au *tendon de rène*, plus lentement résorbable que le catgut, parce que formé uniquement de fibres tendineuses et élastiques. On ne peut guère adopter ses vues quand il pense que cette matière est un milieu moins nutritif pour les microbes. Mais elle doit plutôt à sa constitution la

propriété de ne pas se résorber du tout et de remplir son but de soutien au milieu des tissus qui la tolèrent parfaitement et font corps avec elle.

A. Benoit.

De l'hystéropexie abdominale conservatrice, dans le cas de lésions opératoires de l'utérus (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. Lapeyre (de Tours), considérant le cas où l'utérus a été blessé en enlevant les annexes d'un seul côté, chez une femme jeune, convient qu'il y a lieu, tout en parant aux dangers de la conservation de l'utérus traumatisé, de ne pas la priver de l'organe de la fécondation. Pour cela, il a imaginé de pratiquer l'*hystéropexie* largement effectuée. Il réalise ainsi une *péritonéalisation* de toutes les surfaces découvertes, qui peuvent comprendre le fond et même une partie de la face postérieure de l'utérus. Cette manœuvre trouve surtout son indication dans la myomectomie abdominale.

A. Benoit.

Greffe ovarienne hétéroplastique, par M. R. T. Morris (*Med Record*, 5 mai 1906). — C'est à titre de curiosité que nous reproduisons l'observation suivante, discutable à certains points de vue. Une jeune femme de 21 ans, vit ses règles se supprimer à la suite d'un avortement, au cours de sa première grossesse. Cet état fut suivi d'une ménopause prématurée, avec tous ses symptômes. M. Morris diagnostiqua *cirrhose* des ovaires et se proposa dès lors de faire une greffe ovarienne, lorsqu'une occasion propice naîtrait. Il eut bientôt à traiter pour prolapsus utérin une mère de trois enfants dont les ovaires étaient sains. Il profita de cette intervention pour exciser un fragment cunéiforme d'ovaire, qu'il plaça dans une solution chlorurée physiologique à 37°,7, juste le temps nécessaire pour laparotomiser sa première malade. Les ovaires cirrhotiques furent *totalement* extirpés, dit-il, grâce à l'emploi de l'angiotribe. Au lieu de la ligature et dans une fente pratiquée dans le ligament large, de chaque côté, il inséra son fragment d'ovaire, surface cruentée en bas.

Cette opération fut suivie quatre mois après de la réapparition des règles, d'abord irrégulières, puis définitivement réétablies. Quatre ans après, cette femme avait une fille. L'auteur est d'avis qu'il s'agit bien d'un exemple probant de greffe ovarienne, suivie de grossesse. Pareille conception, on le voit, ouvre des horizons nouveaux aux médecins et aux littérateurs que tourmente l'étude des hérédités.

A. Benoit

Pédiatrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Quand doit-on considérer comme guéri un enfant qui a été atteint de pleurésie ? par le Dr Rousseau-Saint-Philippe (*J. de méd. de Bordeaux*, 16 septembre 1906). — La pleurésie chez l'enfant est beaucoup plus souvent purulente que chez l'adulte. Cette tendance à la purulence s'explique par ce fait que la pleurésie chez l'enfant est due très souvent à la pneumonie, au pneumocoque et très rarement à la tuberculose. La pleurésie infantile étant le plus souvent un abcès de la cavité pleurale, doit être traitée comme tel. La guérison spontanée est possible, par résorption, par vomique ou par ouverture naturelle, mais la résorption est exceptionnelle. Il faut intervenir par la ponction d'abord et, si le liquide se reproduit rapidement, par l'empyème. Les meilleurs résultats sont donnés par la thoracotomie avec résection costale.

Si la pleurésie est simple et séro-fibrineuse, le traitement consistera surtout en révulsifs et en purgatifs. Le salicylate de soude a donné de bons résultats à l'auteur dans les cas où le poumon n'était pas intéressé et où l'affection semblait due au froid. On peut encore arriver à faire résorber le liquide par des applications en ceinture de compresses très chaudes recouvertes d'ouate ou de gutta-percha.

Mais il est un point sur lequel insiste l'auteur. Quel que soit l'âge du petit malade, la nature de sa pleurésie, quels qu'aient été les moyens de traitement employés, le mal n'est pas guéri parce que l'épanchement aura disparu de la cavité thoracique. Tant que les frottements existent, avec la matité, l'obscurité respiratoire le malade n'est pas guéri, car le poumon fonctionne mal, aspire insuffisamment et se trouve par suite de sa moindre résistance disposé à la germination tuberculeuse. Une pleurésie en apparence guérie doit être traitée pendant des mois et des années. Pour obtenir une guérison par-

faite, il faut s'adresser à l'iode, à l'arsenic, à l'huile de foie de morue, aux révulsifs et surtout à une hygiène bien entendue. Les enfants devront vivre au grand air, à la campagne, à la montagne ou à la mer, et on leur interdira le confinement à l'école et tout surmenage. Il faut les suraérer et les suralimenter, leur faire faire prudemment de la gymnastique respiratoire. D'après l'expression de l'auteur, il faut les traiter comme des tuberculeux possibles pour les empêcher de devenir des tuberculeux vrais. L. JUMON.

Sur le pylorospasme chez l'enfant, par HEUBNER (*Munch. med. Woch.*, 9 octobre 1906). — L'auteur a observé 49 cas de pylorospasme sur 1.000, ce qui donne une proportion de 0,5 0/0. Sur 21 cas, 2 se terminèrent par la mort ; 18 cas ont continué à vivre. Quant au sexe et à l'âge auquel survinrent les vomissements, les observations de l'auteur concordent avec celles qui sont déjà connues.

Le chimisme de la digestion n'a donné aucune particularité. Heubner ne croit pas qu'il s'agit d'une affection organique, d'un néoplasme ou d'une malformation. La prolifération conjonctive n'est démontrée dans aucun cas. Les observations de Wernstedt indiquent aussi une névrose fonctionnelle de l'estomac. Le seul fait anatomo-pathologique présenté par l'estomac consiste dans l'hypertrophie musculaire, qui s'étend non seulement au pylore, mais à tout le fond de l'estomac. Heubner soutient que le trouble primitif réside dans une contracture du muscle de l'estomac, existant très probablement dès la naissance. Une preuve de la nature congénitale de la maladie se trouve dans la disposition familiale à la maladie. Comme principe essentiel de traitement de la maladie, Heubner recommande de ménager l'estomac ; il s'abstient aussi de faire des lavages et fait alimenter l'enfant à de grands intervalles et le laisse vomir à son aise.

L'alimentation la meilleure est le sein de la mère ou d'une nourrice ; il est utile, en outre, de faire des applications locales de cataplasmes chauds. Si l'on veut procéder à une opération, il faut choisir comme terme le troisième mois. Dans la suite, beaucoup d'enfants jouissent d'une bonne santé ; quelques-uns ont des troubles nerveux. L. JUMON.

Occlusion intestinale chez l'enfant (*Soc. de ch.*, 10 oct. 1906). — M. LEJARS rapporte 3 observations adressées par M. SZCZYPIOWSKI (de Mont-Saint-Martin), où deux invaginations simples chez de tout jeunes enfants ont pu être levées très simplement, grâce à la laparotomie en temps utile. Dans le 3e cas, l'enfant, âgé de 6 ans, présentait dans sa région iléo-cæcale une tumeur qui fit soupçonner une invagination. Or, on trouva une tuberculose de l'iléon. L'A. crut devoir inciser l'anse malade et toucher les granulations tuberculeuses avec de l'eau oxygénée. Les accidents étaient dûs à la contracture de l'intestin, aucune occlusion réelle n'existant. A ce propos, M. KIRMISSON se plaint que le diagnostic d'invagination ne soit pas assez précoce chez les médecins traitants ; aussi la mortalité opératoire est-elle beaucoup plus élevée, en matière d'occlusion par invagination, qu'elle ne devrait l'être. M. BROCA appelle à son tour l'attention sur la nécessité d'opérer le plus rapidement possible *l'invagination aiguë* des enfants.

Pour les cas *chroniques*, le diagnostic étant incertain, on constate souvent, en opérant tardivement, des désordres tels, qu'il vaut mieux faire la résection intestinale. Ces principes sont également vrais pour l'adulte ; M. TÉMOIN (de Bourges) a perdu une de ses opérées, jeune femme de 22 ans, qui avait eu plusiurs crises abdominales très douloureuses, mais non accompagnées de constipation. Or, il y avait une invagination portant sur la moitié du gros intestin avec sphaole et infection grave. M. DELBET fut plus heureux chez un jeune homme de 17 ans, qui avait présenté des douleurs abdominales très vives. Il put désinvaginer 10 centimètres de gros intestin et fixer ce dernier, pour empêcher la récidive. La guérison fut obtenue. A. BENOIT.

Des hernies épigastriques chez l'enfant (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. *Princeteau* (de Bordeaux), a constaté chez ses jeunes opérés que le défaut de développement de l'extrémité interne des intersections aponévrotiques des muscles droits est la cause manifeste de ce genre de hernies. On ne peut donc compter sur la cure spontanée. Pour les hernies *petites*, l'A. fait la suture avec chevauchement des lèvres de l'orifice ; pour les *volumineuses*, il emploie le volet aponévrotique emprunté à la gaine du muscle droit et rabattu sur l'orifice. Le muscle est ensuite fixé au devant. A. BENOIT.

Le rhumatisme chez les enfants, par AL. BLACKADER (*The Brit. med. J.* 13 oct. 1906).

— Dans ce travail l'auteur passe en revue les diverses manifestations du rhumatisme chez l'enfant et donne quelques indications au point de vue du traitement surtout préventif. Chez l'enfant, le rhumatisme est souvent insidieux et peut passer inaperçu et, d'autre part, il détermine souvent les effets désastreux du côté du cœur. L'amygdalite semble être dans le tiers des cas, une manifestation du rhumatisme. Les douleurs arthritiques, la chorée, les douleurs musculaires sont encore une manifestation fréquente de cette maladie. Chez la plupart des enfants, les amygdales sont nettement augmentées de volume et semblent constituer la porte d'entrée de l'infection. L'anémie est un symptôme constant de l'infection rhumatismale.

La prophylaxie joue un rôle très important dans le traitement de cette maladie. Dans les familles où la prédisposition semble évidente, il faut combattre la tendance à l'anémie. La santé générale doit être maintenue par un régime fortifiant, adapté convenablement à chaque sujet et contenant une quantité suffisante d'aliments azotés. Le danger de voir la tendance rhumatismale s'aggraver n'est pas augmenté par un régime comportant une quantité modérée de viande, mais dans beaucoup de cas, il faut restreindre la quantité de sucre et de féculents. Barlow a appelé l'attention sur les dangers du surmenage chez ces enfants, une trop longue promenade est préjudiciable aux enfants rhumatisants et détermine du gonflement des genoux ou des coudes.

En ce qui concerne les amygdales considérées comme porte d'entrée de l'infection, toutes ses lésions doivent être l'objet d'un traitement rapide complet ; les végétations adénoïdes doivent être enlevées. S'il surgit quelque manifestation de l'infection rhumatismale, le médecin ne doit pas se contenter simplement de la soigner, mais il doit chercher à en prévenir le retour et l'extension. Dans la prophylaxie, l'hygiène tient naturellement une grande place, notamment le choix des vêtements, les exercices et le climat.

L. Jumon

Les adénites de la joue chez les enfants, traitement, par Princeteau (*J. de méd. de Bordeaux*, 14 octobre 1906). — Les adénites de la joue, comme les autres, sont aiguës ou chroniques d'emblée. Les adénites aiguës suppurent ou ne suppurent pas, et ces dernières se résorbent ou passent à la chronicité. Les adénites chroniques se ramollissent ou restent indéfiniment indurées. Leur tendance fréquente à former des groupes volumineux constitue pour les enfants un véritable danger. Presque toutes les adénites, aiguës ou chroniques, ont une phase médicale et une phase chirurgicale dans leur évolution. Si le traitement médical doit être très prolongé dans certaines adénites dont on peut opérer la résorption, il ne faut pas non plus trop différer l'intervention. Dans les adénites suppurées, aiguës ou chroniques, il faut inciser et évacuer le pus avant la propagation de l'inflammation aux ganglions voisins et avant l'amincissement de la peau.

Faut-il inciser en dedans, du côté de la muqueuse buccale, ou en dehors, du côté de la peau ? Le chirurgien n'incisera par la bouche que si l'adénite est suppurée et soulève la muqueuse buccale, attirant ainsi la pointe du bistouri. Par cette voie, on risque de léser les vaisseaux de la face et l'embouchure du canal de Sténon. L'opération ne peut être faite que par un orifice étroit, au fond d'une cavité mal éclairée. Quant aux incisions extrabuccales et aux extirpations ganglionnaires, par cette même voie, il faut les faire suivant certaines règles, car on se trouve en présence d'organes importants, des vaisseaux de la face et de l'extrémité terminale du canal parotidien. Si l'adénite a provoqué l'amincissement de la peau, on incisera au point culminant par une incision horizontale proportionnée au volume de l'adénite, et on drainera. Le danger n'est pas grand, parce que la périadénite débarrasse le champ opératoire d'organes dangereux en les refoulant.

S'il s'agit d'une adénite chronique simple dont il faut pratiquer l'ablation, il ne faut pas oublier que les filets du facial peuvent se trouver entre la paroi du foyer et les muscles peauciers. La dissection d'une adénite médio-buccale sera dirigée de façon à respecter l'extrémité terminale du canal de Sténon autour duquel rampent les filets moyens du nerf facial et la veine faciale. L'adénite se trouve placée au fond d'un angle dièdre limité en haut par le canal parotidien et en arrière par la veine faciale.

Les adénites infra-maxillaires ont leur face superficielle recouverte par la partie supérieure du peaucier du cou, et au-dessous se trouve le filet le plus inférieur du facial. Profondément se trouvent juxtaposées l'artère et la veine faciales. L'adénite commissurale, en raison de sa situation superficielle, peut être ouverte sans dan-

ger. Dans l'adénite naso-génienne, on incisera dans la direction du sillon naso-génien. Les ponctions et les injections modificatrices ne sont pas de mise pour les adénites de petit volume, mais, dans les cas d'adénites fistulisées, il faut recourir au curettage avec badigeonnage au chlorure de zinc.

L. JUMON.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Sur la noix de kola fraîche, par CHEVROTIER et VIGNE (1er *Congr. d'hygiène alimentaire*, Paris, octobre 1906). — Les recherches poursuivies par ces auteurs leur ont permis de vérifier que le « rouge de kola » (rouge de Heckel, kolanine, rouge de Knebel), qui se rencontre seulement dans la noix de kola sèche, n'est qu'un produit d'oxydation et de dédoublement des principes primitivement contenus dans la noix de kola fraîche.

En réalité, la noix fraîche de kola ne contient pas de caféine libre ; toute la caféine qu'elle contient se trouve à l'état de combinaison plus ou moins lâche ; elle est mise en liberté par l'action d'une oxydase vraie, très active, qui se trouve dans la noix fraîche et exerce rapidement son action lorsque la noix demeure exposée au contact de l'air. Le rouge de kola qui se rencontre dans la noix sèche n'est que le terme ultime de ce dédoublement.

Au point de vue physiologique, cette action oxydasique est préjudiciable à l'activité de la noix de kola. Sèche, cette noix reproduit en grande partie, et presque exclusivement, les effets pysiologiques de la caféine. Fraîche, elle provoque une excitation neuro-musculaire de beaucoup supérieure à celle de la caféine.

Il y a donc un intérêt majeur à administrer la noix de kola sous ce dernier état. Les auteurs proposent un procédé permettant de mettre de façon absolue et définitive les noix de kola à l'abri de cette action, en tuant l'oxydase dans la noix fraîche avant qu'elle ait exercé son action préjudiciable de dédoublement.

Préparées par le procédé des auteurs, ces noix, desséchées et pulvérisées, conservent intégralement toutes les propriétés de la noix fraîche et représentent leur propre poids de cette noix. Ces produits sont donc entièrement différents des diverses préparations de kola connues jusqu'ici, uniquements obtenues au moyen de noix de kola sèches. Les nouvelles préparations de kola conservent exactement la couleur primitive de la noix fraîche, dont elles ont toute l'activité spéciale, tonique, neuro-musculaire, stimulante et reconstituante, bien supérieure à celle de la caféine elle-même.

E. VOGT.

Sur le traitement par la lumière de mercure, par ASSFALG (*Munch. med. Woch.*, 9 octobre 1906). — Depuis quelque temps, on a relaté les bons résultats du traitement par la lumière ultra-violette donnée par un courant passant à travers des vapeurs mercurielles.

On a relevé ainsi des résultats favorables sur l'eczéma chronique, l'ulcère de la jambe, l'herpès tondant, l'alopécie en aire, l'acné vulgaire, le sycosis, l'érysipèle. La lampe utilisée donne une radiation très intense et un champ d'éclairage très large. Il est bon de se garantir les yeux avec des lunettes. Les premières séances doivent être courtes, même dans les maladies chroniques. La réaction cutanée est d'autant plus grande que la durée d'action a été plus prolongée. L'auteur donne des observations dans lesquelles l'action de cette lumière a été favorable. Elle concerne des cas d'alopécie en aire, d'acné vulgaire, de furonculose, d'eczéma séborrhéique chronique, de rhinophyma, d'acné rosacé, d'eczémas de diverses formes, d'ulcère de jambe. Beaucoup de cas ont été améliorés ou guéris. Deux cas de psoriasis n'ont pas été modifiés.

La lumière ultra-violette par le mercure a donné, en somme, de bons résultats dans toute une série de maladies cutanées. Le traitement est extrêmement simple et le dispositif n'est pas très coûteux. On n'a pas besoin de refroidir la lampe, et celle-ci ne dégage pas de vapeurs et ne présente aucun danger. Le seul désavantage est que la lumière par incandescence du mercure manque de pénétration, c'est ce qui fait qu'on n'a pas pu l'employer dans le traitement du lupus.

L. JUMON.

L'électrolyse des tissus vivants, par LEDUC (*La Presse médicale*, 15-22 septembre 1905). — Quand on emploie comme élec-

trodes des solutions de sels, d'acides ou de bases, il se produit, par le passage du courant, des échanges ioniques entre le corps et les électrodes ; on peut donc, par le courant électrique, introduire dans le corps des cathions sous l'anode, des anions sous la cathode ; s'il s'agit de sels, le radical acide est introduit sous la cathode, et le métal sous l'anode. Des expériences sur les animaux démontrent que ce phénomène est loin d'être négligeable, et sur l'homme, au moyen de solutions de permanganate de potasse, on obtient à la cathode un pointillé brun, impossible à enlever par le lavage, dû à la pénétration de l'ion permanganique immédiatement réduit par les tissus.

La diffusion des ions dans les tissus varie beaucoup d'un ion à l'autre : l'ion strychnique diffuse très rapidement, l'ion permanganique reste à l'endroit d'introduction.

Pour obtenir une introduction électrolytique des ions, il faut des précautions minutieuses que l'auteur décrit dans tous leurs détails : le meilleur procédé est d'employer comme électrodes douze à treize épaisseurs d'un tissu de coton hydrophile.

L'auteur est surpris de voir, en présence de la variété d'action que l'on peut obtenir en saturant les cellules de la peau par la méthode électroionique, la médecine continuer à se servir d'onguents et pommades à effets tout à fait superficiels. Il est vrai que l'étude expérimentale des effets locaux des ions est longue, car ces effets varient non seulement avec chaque ion, mais avec les doses d'un même ion. Les ions alcalins et l'ion magnésium ne produisent pas facilement des lésions, alors que les ions alcalino-terreux donnent facilement la mortification des tissus. Parmi les métaux caustiques, l'ion zinc est un excellent coagulant.

En résumé, on peut obtenir, avec cette méthode, des actions caustiques, antiseptiques, coagulantes, etc.

Une des actions les plus constantes est l'influence résolutive sur les formations scléreuses et cicatricielles sous des cathodes formées par une solution de chlorure de sodium : on guérit, avec une méthode que l'auteur décrit dans tous ses détails, des ankyloses complètes des articulations, sans mouvements forcés et sans douleur. Dan les pleurites douloureuses, les névralgies intercostales, l'eau salée est remplacée par une solution de salicylate de sodium à 2 0/0. Si l'on veut faire de la sclérolyse au moyen de l'ion iode (au lieu de l'ion chlore ci-dessus indiqué), on agira avec prudence, car cet ion est beaucoup plus caustique que l'autre.

Les métrorrhagies cèdent rapidement à l'électrolyse avec une anode de zinc ; en outre, on obtient ainsi une action désinfectante en profondeur ; les ulcères chroniques, les fistules anales, etc. seront traités par l'anode de zinc. Le tic douloureux est justiciable de l'ion salicylique.

E. Vogt.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Faculté de Médecine. — *Conférences de pathologie externe.* — M. Morestin, agrégé, commencera ces conférences le mardi 6 novembre 1906, à 5 heures (Amphithéâtre de pharmacologie) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Maladies du thorax et de l'abdomen.

Conférences d'obstétrique. — M. Potocki, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 9 novembre 1906, à 5 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. (Professeur : M. Lannelongue. — M. Marion, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de pathologie chirurgicale le lundi 12 novembre 1906, à 6 heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Affections traumatiques des membres. — Affections des organes génito-urinaires.

Conférences de pathologie interne. — M. Louis Rénon, agrégé, commencera ces conférences le samedi 10 novembre 1906, à 3 heures (Grand Amphithéâtre de la Faculté) et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies infectieuses et parasitaires.

Cours d'Histologie. Professeur : M. Ma-

thias DUVAL. — M. A. BRANCA agrégé, chargé de cours, commencera le cours d'histologie le jeudi 8 novembre 1906, à 3 heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : La cellule. Les éléments sexuels et les processus histologiques de la reproduction. Le système nerveux.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* (Prof. : M. GAUCHER). — M. le Professeur GAUCHER commencera ce cours le mercredi 7 novembre 1906, à 10 heures du matin, à lhôpital Saint-Louis (amphithéâtre des cliniques), et le continuera les dimanches et mercredis suivants, à la même heure.

Mercredi : Leçon clinique. — Dimanche : Leçon didactique : Dermatoses parasitaires.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Cours de clinique des maladies des enfants.* (Professeur : M. GRANCHER). — M. MÉRY agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le mercredi 7 novembre 1906, à 10 heures du matin (Hôpital des Enfants-Malades), et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

M. le Dr Veillon :Maladies de la peau, les mardis, à 10 heures. — M. le Dr Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les jeudis et lundis, à 10 heures. — M. le Dr Larat : Electrothérapie, les samedis, à 10 heures. — M. le Dr Guillemot: Consultations pour les maladies des nourrissons, les samedis, à 10 h. 1/2.

BIBLIOGRAPHIE

L'action diastasique dans les fermentations industrielles, par EMILE DIEDERICH, 1 vol, in-8, 182 pages, avec 12 figures. Prix : 4 fr. (Librairie Jules Rousset, 1, rue Casimir-Delavigne, et 12, rue Monsieur-le-Prince).

Ce traité de *Chimie Pastorienne* rend compte des progrès les plus récents obtenus jusqu'ici dans une des branches les plus importantes de la biologie appliquée à l'industrie.

Comme l'auteur le fait remarquer dans sa préface, la grande extension et le caractère trop spécial d'importants traités comme ceux de Duclaux, de Jorgensen, etc., ne permettent pas à ceux qui voudraient abandonner les procédés empiriques en dirigeant leur travail suivant les principes directeurs de la théorie pastorienne, de puiser dans ces vastes documents les éléments de chimie biologique utiles à la simple compréhension des faits ; aussi le traité de M. Diederich, en portant remède à cet inconvénient, sera-t-il le bienvenu auprès du monde industriel et des étudiants.

Sans trop de commentaires, on trouvera exposés dans ce volume, les points essenties de la théorie microbienne dans ses rapports avec les diverses actions diastasiques que l'on est appelé à rencontrer dans toutes fermentations : qu'il s'agisse de fabrication de la levure, de la bière, du vin, de l'alcool du vinaigre, soit même de panification, ou encore de fermentation putride des conserves alimentaires.

De cette théorie ainsi généralisée, dont chaque industrie n'est plus qu'un cas particulier, il résulte l'avantage pour le lecteur de reconnaître les relations de similitude qui unissent les diverses fermentations, de pouvoir dégager les causes génératrices des phénomènes, et, partant, de pénétrer les secrets des ouvriers mystérieux et infiniment petits, auxquels se rattache une chimie complexe et capricieuse restée trop longtemps inconnue.

Les trois chapitres de la 1re partie, correspondent au développement des trois idées suivantes :

Les fermentations sont dues aux diastases.

Les diastases de fermentation sont sécrétées par les microbes dans leur acte vital.

Quelles relations existe-t-il entre la sécrétion diastasique et l'acte vital, d'où résultent les fermentations ?

Dans la 2e partie, l'auteur étudie : la chimie des corps fermentescibles (sucres, amidons, etc.) ; la chimie des réactions diastasiques ; la chimie des produits résultant de la dislocation des corps fermentescibles.

Les deux dernières parties, plus importantes encore, étudient les fermentations que l'on rencontre dans le domaine industriel en s'appuyant sur les éléments théoriques précédents.

PARIS. — G. CAMPROGER, 52, R. DE PROVENCE. Propriétaire-Gérant : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

XIVe Congrès international d'hygiène et de démographie. — *Berlin, 23 au 29 septembre* 1907.

SECTION I (Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène). MM. FLÜGGE, président ; LÖFFLER, vice-président ; WEBER, secrétaire.

SECTION II (Hygiène alimentaire et physiologie appliquées à l'hygiène). — MM. RUBNER, président ; FORSTER, vice-président ; FICKER et KISSKALT, secrétaires.

SECTION III (Hygiène de l'enfance et des écoles). — MM. HEUBENR, président ; VON ESMARCH, vice-président ; NEUMANN et LANGSTEIN, secrétaires.

SECTION IV (Hygiène professionnelle et assistance aux classes ouvrières). — MM. RENK, président ; FRANKEL, vice-président ; KAYSERLING, secrétaire.

SECTION V (Lutte contre les maladies infectieuse et assistance aux malades). — MM. GAFFKY, président ; KOSSEL, vice-président ; LENTZ, secrétaire.

SECTION VI (*A*. Hygiène des habitations, des localités et des eaux). — MM. GRUBER, président ; GARTNER, vice-président ; LENNHOFF, secrétaire.

(*B*. Hygiène du service des transports en commun). — MM. SCHWECHTEN, président ; BLUME, vice-président ; RAMM, secrétaire.

SECTION VII (Hygiène militaire, coloniale et navale). — MM. KERN, président ; RUGE, vice-président ; KUHN, secrétaire.

SECTION VIII (Démographie). — MM. VAN DER BOEGHT, président ; VON MAY, vice-président ; LEO, secrétaire.

Le Comité d'organisation français est constitué ainsi :

Président : M. le professeur A. CHANTEMESSE.

Secrétaire général : Dr MOSNY.

Secrétaire-général adjoint : Dr HENRY THIERRY.

Secrétaires : Drs BOREL, BOURGEOIS, G. BROUARDEL, A. CHASSEVANT, M. LE COUPPEY DE LA FOREST.

Membres du comité : MM. professeur A. ARLOING (Lyon) ; professeur BERTIN SANS (Montpellier) ; Dr BORDAS (Paris) ; professeur CALMETTE (Lille) ; professeur J. COURMONT (Lyon) ; Dr J. LUCAS CHAMPIONNIÈRE (Paris) ; Dr DUPUY (Saint-Nazaire) ; professeur GUIRAUD (Toulouse) ; Dr IMBEAUX (Nancy) ; professeur LAYET (Bordeaux) ; professeur LECLAINCHE (Toulouse) ; M. LECLERC DE PALLIGNY (Paris) ; professeur MACÉ (Nancy ; M. LUCIEN MARCH (Paris) ; professeur VALLÉE (Alfort).

N. B. — S'adresser pour tout renseignements, à M. Nietner, secrétaire général du Congrès, Eichornst, 9. Berlin, ou à M. le Dr Mosny, secrétaire général du Comité français, 64, rue de la Victoire, Paris.

Société Internationale de la Tuberculose. — (*Séance du 9 octobre* 1906. — Président : M. le Dr LANCEREAUX). — LE REMÈDE ANTITUBERCULEUX DE M. VON BEHRING.

Après avoir fait l'historique de la question, M. le Dr S. Bernheim, rapporte un certain nombre d'observations de malades traitées à l'hôpital de Strasbourg, d'abord par le tulon, ensuite par la tulase. Chez aucun de ces malades on n'a observé la moindre modification ou amélioration des lésions tuberculeuses. A l'autopsie d'une femme traitée par cette méthode, on a constaté une véritable éclosion de granulations jeunes et récentes qui se sont produites dans divers organes, pendant et après les injections de tulase : aucune transformation scléreuse et calcaire des anciennes lésions.

M. le Dr S. Bernheim reproche au professeur Von Behring de n'avoir pas apporté le faisceau de preuves expérimentales qu'on a l'habitude de produire pour la démonstration de semblables recherches. Il ajoute que les animaux tuberculeux traités récemment dans les écoles vétérinaires avec de la tulase n'en ont tiré aucun bénéfice.

M. le Dr Michel Level fait ressortir la contradiction entre la déclaration de M. Von Behring en 1905 et celle de 1906. Tandis qu'autrefois, M. Von Behring a affirmé retirer son Restbacilus de l'organisme animal, il reconnaît aujourd'hui que son vaccin n'est autre chose que du bacille de Koch, traité par le chloral.

N'est-il pas étonnant aussi que M. Von Behring, qui a fondé une méthode spéciale d'immunisation et de serumthérapie, vient aujourd'hui détruire sa propre école en cherchant à inoculer directement l'homme avec le bacille encore vivant au lieu d'injecter des matériaux thérapeutiques extraits de l'organisme animal ?

Traitement des adénites par la tuberculine. — Dr Barbier, de Paris. — L'auteur rapporte 43 observations d'enfants ou d'adultes atteints d'adénites tuberculeuses et soignés par la tuberculine de Jacobs ou de Denys. Chez la plupart de ces malades, les adénites ont diminué ou disparu et cela dans un délai très court. Chez certains atteints de ganglions suppurés, l'abcès s'est tari en moins de deux mois et l'état général s'est considérablement amélioré. Chez un petit nombre il est resté, après le traitement, une petite coque de ganglion, vestige roulant sous la peau et facile à énucléer.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR, 108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (6e)

TRAITÉ DE BIOLOGIE
Par **F. Le Dantec**, chargé des cours d'embryologie à la Sorbonne.
1 volume grand in-8°, avec 101 figures dans le texte ..... 15 fr.

Le Traitement des affections du Cœur
Par l'exercice et le mouvement
Par le Dr **F. Lagrange.**
1 volume in-8°, avec graphiques dans le texte, et une a[illegible] h[illegible] texte ..... 6 fr.

LE DIABÈTE ET L'ALIMENTATION AUX POMMES DE TERRE
Par **A. Mossé**, professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse.
1 volume in-8°, avec graphiques ..... 5 fr.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Etude de Psychologie Physiologique et Pathologique
Par le Dr **E. Gley,**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Assistant près la Chaire de Physiologie général au Muséum d'histoire naturelle, Membre de l'Académie de Médecine
Les conditions physiologiques de l'activité intellectuelle. — Les mouvements musculaires inconscients. Le sens musculaire. — Les aberrations de l'instinct sexuel.
1 vol. in-8° ..... 5 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE
Par **Allyre CHASSEVANT**
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.
vol. grand, in-8° avec gravures ..... 10 fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TUBERCULOSE GANGLIO-PULMONAIRE DANS L'ECOLE PARISIENNE

Par M. Grancher (1)

ET

MM. les Drs Méry, agrégé de la Faculté ; Louis Guinon, médecin de l'hôpital Trousseau ; J. Boulloche, Aviragnet, J. Renault, Rist, médecins des hôpitaux ; Veillon, médecin de l'hôpital Pasteur ; Zuber, J. Hallé, Guillemot, Terrien, anciens chefs de clinique de l'hôpital des Enfants-Malades ; Babonneix, Armand-Delille, chefs de clinique ; Vignalou, Weill-Hallé, anciens internes.

J'apporte aujourd'hui, au nom de mes collaborateurs et en mon nom :

1° Le résultat des examens de 4226 garçons ou filles des écoles de Paris. Cet examen de dépistage, commencé le 23 novembre 1903, s'est poursuivi jusqu'à la fin de juin 1906 ;

2° Le résultat d'un traitement d'essai dans les deux écoles de la rue Blomet et de la rue des Volontaires (XVe arrond.), sur 103 enfants, garçons et filles, pendant vingt-six mois ;

3° Les conclusions de ce long effort continué pendant près de trois ans, conclusions que nous avons l'intention de soumettre au Conseil municipal de la Ville de Paris.

J'ai déjà communiqué à l'Académie, le 21 juin 1904, les examens faits dans nos écoles primaires du XVe arrondissement sur 896 enfants, garçons et filles. Environ 15 0/0 de ces enfants ont été reconnus malades, et, depuis cette date, suivis avec attention et soumis à un petit repas supplémentaire, pris à l'école (huile de foie de morue et poudre de viande).

Je donne un peu plus loin le résultat négatif de ce traitement.

I. — MÉTHODE D'EXAMEN

Quelques mots sur la méthode employée pour le dépistage de la tuberculose.

Cette méthode est purement *médicale*, je veux dire qu'elle ne met en usage que les moyens classiques d'examen que tout médecin instruit doit connaître : l'inspection, la palpation, l'auscultation, la percussion.

Les procédés de laboratoire qui exigent des connaissances et des instruments spéciaux et qui sont souvent précieux pour le contrôle de l'examen médical, ne

(1) Communication à l'Académie de médecine, 6 novembre 1906.

nous ont pas servi. Toutefois, la radioscopie, à qui nous avons demandé les renseignements qu'elle peut fournir, nous a paru très inférieure à l'auscultation pour le diagnostic de la première étape.

Le séro-diagnostic et le cyto-diagnostic, étudiés dans mon service de clinique, outre qu'ils ne sont pas toujours applicables, nous ont semblé, eux aussi, inférieurs à l'examen physique.

Quant à la tuberculinisation, dont il n'est pas certain qu'elle soit toujours inoffensive, elle est un réactif trop sensible pour être utilement employée à des usages pratiques.

Ceci dit, nous appliquons à l'examen des enfants des écoles la méthode et les procédés que j'ai fait connaître en 1882, et qui consistent essentiellement à ne pas attendre la réunion de tous les signes physiques de la première période classique pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

En effet, dans la tuberculose pulmonaire commune, c'est-à-dire 90 fois sur 100, ces signes apparaissent *l'un après l'autre, à de longs intervalles* et se superposent peu à peu, à mesure que les tubercules s'accumulent et que la maladie s'aggrave. Or, les signes physiques naissant toujours dans le même ordre, nous avons reconnu, mes élèves et moi, qu'en les recherchant avec soin, en les dépistant, on peut reconnaître et décrire *avant la première période de Laënnec* et des auteurs classiques, *trois étapes* où les lésions pulmonaires, aisément reconnaissables, permettent d'affirmer le *diagnostic*.

Le premier signe, qui précède tous les autres, et qui suffit à caractériser *la première étape*, est une altération *de l'inspiration*. Cette altération, localisée à l'un des sommets, quand elle est *fixe* et *permanente*, permet d'affirmer une lésion. Si du reste, on étudie l'enfant porteur de cette anomalie, on reconnaît que sa santé générale est atteinte, et qu'il porte les indices révélateurs de la tuberculose, en dehors même de sa lésion pulmonaire. Il est généralement plus pâle que ses camarades, amaigri, il toussote et s'essoufle facilement, etc. Presque toujours des adénopathies du cou, des aisselles et des aines accompagnent ce trouble de l'inspiration.

Si cette anomalie, qui est le plus souvent une *inspiration affaiblie*, s'étend à tout un poumon, à tout le poumon droit par exemple, en avant et en arrière, nous l'interprétons comme le signe d'une adénopathie des ganglions intra-pulmonaires. La compression des vaisseaux, des nerfs et des bronches nous paraît être la cause de cette perturbation totale de la fonction d'un poumon, et, d'autre part, la persistance de ce symptôme parle en faveur de la tuberculose ganglionnaire.

La seconde étape a deux signes physiques : le même trouble inspiratoire dont je viens de parler et un peu de *bronchophonie ;* car l'exagération des vibrations vocales est le second signe.

La troisième étape a trois signes physiques : inspiration anormale, bronchophonie, *légère submatité*.

Celle-ci, due aux mêmes causes que la bronchophonie, n'est perçue que plus tardivement et quand déjà la maladie a fait des progrès. Voilà pourquoi, à nos yeux, elle caractérise la troisième étape.

Quand l'expiration prolongée et surtout les craquements apparaissent, tous les signes de la première période de Laënnec sont réunis ; mais il est déjà bien tard pour traiter utilement la tuberculose pulmonaire, car l'élimination des bacilles, signe de la nécrose des poumons, est presque contemporaine de cette soi-disant première période.

Je crois devoir insister sur ce point, que mes collaborateurs et moi nous n'avons jamais tenu compte de signes douteux. Par exemple, pour classer un enfant parmi les tuberculeux de la *première étape* il faut que le trouble de l'inspiration pulmonaire soit très net, et que tous les médecins puissent le percevoir sans aucune hésitation. Sinon, l'examen de l'enfant est remis à une date ultérieure.

Dans ces conditions, les chiffres qui suivent sont plutôt des chiffres minima.

II. — MORBIDITÉ

Nos examens ont porté sur quelques écoles de deux arrondissements, le XVe et le XVIIIe.

Les enfants reconnus sains, soit 84 à 85 0/0, n'ont été examinés qu'une fois. Au contraire, les enfants suspects ont été examinés d'abord à la rentrée en novembre, puis au mois de mars, l'année suivante, et j'ai fait un troisième examen, de contrôle, au mois de juin. Ce n'est qu'après ces trois examens constatant la persistance des signes physiques que l'enfant a été classé parmi les malades.

J'ai fait, en outre, au mois de juin dernier, conjointement avec mes collaborateurs, une revue spéciale de 103 enfants soumis depuis deux ans et demi à l'usage d'huile de foie de morue et de poudre de viande pris à l'école.

Ces études répétées faites en commission médicale, mes collaborateurs n'étant jamais moins de trois à chaque séance, m'autorisent à dire que les chances d'erreur sont à peu près nulles.

Voici, par école et par arrondissement, le nombre de garçons et de filles que nous avons observés :

XVe Arrondissement

De novembre 1903 à juillet 1906

Ecole de la rue Blomet (garçons)	994	2816
— — des Volontaires (filles)	733	
— — Amiral-Roussin (garçons) ..	514	
— — — (filles)	575	

De novembre 1905 à juillet 1906

Ecole de la rue Blomet (garçons)	240	690
— — des Volontaires (filles)	180	
— — Amiral-Roussin (garçons) ..	120	
— — — (filles)	[illegible]	

XVIIIe Arrondissement

Année 1906

Ecole de la rue Championnet (garçons)	450	720
— de l'impasse d'Oran (filles)	270	
Total	4226	
Garçons	2318	
Filles	1908	
	4226	

Les deux pourcentages extrêmes de morbidité ont été fournis par les garçons de la rue Blomet, chez lesquels nous avons trouvé 11,167 0/0 d'enfants malades, et par les garçons de la rue Championnet qui comptent 19,55 0/0 de tuberculeux. La moyenne des enfants malades dans les écoles de Paris est donc de 15 0/0 environ.

Quant au degré de leur maladie, il est représenté pour le plus grand nombre par la première étape, c'est-à-dire par une altération fixe et persistante de l'inspiration à l'un des sommets, et le plus souvent par l'inspiration affaiblie au sommet droit. Au contraire, quand le sommet gauche est frappé le premier, l'inspiration y devient pathologique par sa rudesse et l'abaissement de sa tonalité.

Il est probable que des causes anatomiques, telles que la distribution des ganglions du hile dans le thorax et à la racine des bronches, sont la raison de ces différences rendues plus sensibles par le grand nombre d'enfants examinés.

M Méry me donne, pour l'école de garçons de la rue Championnet (XVIIIe arrond.), les chiffres suivants :

Degré des lésions : 74 enfants sont à la première étape ; 10 à la seconde ; 3 à la troisième, et 1 seul suspect à la fois de lésions pulmonaires et de lésions cardiaques.

L'école de filles de l'impasse d'Oran (XVIIIe arrond.) a 32 enfants atteints à la première étape, 7 à la seconde, 5 à la troisième.

Il en est à peu près de même dans les écoles du XVe arrondissement, et la conséquence de ce fait ne manque pas de portée, car on peut en déduire que la plupart des enfants malades étant légèrement atteints, seraient facilement guéris, si l'on faisait un effort vigoureux en leur faveur.

Sur les 4226 enfants examinés nous n'avons trouvé que 3 enfants dont la tuberculose était ouverte et qui ont été envoyés à l'hôpital. Tous les autres, étant inoffensifs, ont continué à fréquenter l'école.

III. — TRAITEMENT

Cet essai de traitement a consisté en un petit repas supplémentaire d'une ou deux cuillerées d'huile de morue et d'une ou deux cuillerées à soupe de poudre de viande.

Voici ce que j'en disais dans ma communication à l'Académie de médecine en juin 1904 :

« ... Nous n'avons pas l'illusion de croire que le petit repas supplémentaire de poudre de viande et d'huile de foie de morue que nous donnons à nos enfants soit l'idéal du traitement. Nous faisons ce que nous pouvons, et ce que nous faison est un pis-aller, pas davantage. »

Je ne me dissimule pas non plus, que ce traitement, *a priori* insuffisant, n'a pas été conduit aussi loin qu'il aurait pu l'être.

Dans les familles, avec une mère intelligente et attentive, avec une accoutumance progressive et bien réglée, on obtient que les enfants supportent de grandes doses d'huile de foie de morue.

Pour atteindre ce résultat, il faut répartir presque toujours l'huile de foie de morue en cinq ou six doses au cours de la journée, en la donnant surtout avant les repas et avant le sommeil. A l'école, rien de semblable n'est possible. L'enfant arrive à huit heures ayant déjà mangé sa soupe et en pleine digestion. Ce n'est qu'à 10 heures qu'on peut lui donner l'huile de morue et la poudre de viande. Puis l'enfant déjeune dans sa famille à midi et quitte l'école à 4 heures.

Naturellement, il retrouve chez lui les mauvaises conditions d'habitat et de misère, sans parler de la contagion, qui sont les causes de sa maladie, et l'entretiennent, quoi qu'on fasse.

Dans ces conditions détestables, il n'est pas surprenant que les résultats obtenus aient été peu favorables.

L'examen des enfants, soumis pendant plus de deux ans à ce traitement, a été fait aux mois de mai et juin dernier aussi rigoureusement que possible, par mes élèves et moi conjointement. Presque tous mes collaborateurs étaient réunis, et les chiffres qui suivent sont le résultat de notre étude commune :

Nombre d'enfants : Garçons et Filles		103	
Aggravés	Filles	3	20
	Garçons	17	
Améliorés	Filles	22	47
	Garçons	14	
Stationnaires .	Filles	34	46
	Garçons	13	

Quoique le nombre des enfants dont l'état s'est aggravé soit relativemen plus faible que celui des enfants restés stationnaires ou améliorés, nous sommes d'accord, mes collaborateurs et moi, pour reconnaître l'insuffisance du traitement et son échec.

Il s'agissait, en effet, d'obtenir des guérisons ou au moins des améliorations sérieuses. Or, celles-ci nous ont paru presque insignifiantes et telles que le temps seul les produit souvent sans aucun traitement.

Un fait digne de remarque : les enfants dont les lésions sont restées stationnaires ont augmenté de poids et de taille à peu près dans la proportion physiologique ; par exemple, en deux ans et demi, la petite B... Solange a gagné 5 k. 750 grammes. Elle a neuf ans. De même pour les enfants notés améliorés.

Au contraire, ceux qui, de la première ont passé à la seconde et troisième

étape, telle la petite B... Henriette, âgée de onze ans, augmentent aussi de poids, mais très faiblement. L'enfant dont je viens de parler n'a gagné, en deux ans, que 1 k. 550 ; elle aurait dû prendre 5 ou 6 k.

Enfin, la seule enfant très améliorée, presque guérie, G... Alice, âgée de dix ans, a dépassé la normale (6 k. 250) du 22 mars 1904 jusqu'au 12 juin 1906.

Que deviendront tous ces enfants, si le traitement dont nous venons de constater l'insuffisance est poursuivi pendant toute la période scolaire ?

Que deviendront surtout les enfants, beaucoup plus nombreux, qui ne sont soumis à aucun traitement et à aucune surveillance ?

Nous ne pouvons le dire avec certitude. Nous croyons, toutefois, rester dans la vérité en affirmant que la majorité de ces tuberculoses ne guérira pas ; au contraire, puisque le tableau qui précède nous montre que, parmi les enfants traités, et malgré le traitement, 20 enfants sur 103 se sont aggravés et ont passé de la première à la deuxième et troisième étape, et que la moitié environ, soit 47, sont restés stationnaires.

Dans son rapport au Congrès international de 1905, M. Martin dit que la mortalité par tuberculose, « à peu près nulle pendant les trois premiers mois de la vie, augmente ensuite progressivement ; la progression est lente de trois mois à un an ; plus rapide de un à deux ans, et un premier maximum est atteint de deux à quatre ans, la mortalité par tuberculose diminue ; elle est très faible de six à douze ans, augmente à partir de la puberté et c'est de dix-huit à trente-cinq ans qu'elle est la plus forte. »

D'accord avec ces données de l'observation, les expériences récentes de MM. Behring, Calmette et Vallé tendent à démontrer que la tuberculose ganglio-pulmonaire est presque toujours d'origine intestinale, que cette tuberculose sommeille, pendant l'enfance, puisqu'elle éclate à la puberté.

Déjà les médecins militaires, et notamment M. Kelsch, avaient affirmé l'extrême fréquence des tuberculoses latentes apportées dans l'armée par les conscrits.

Enfin, le Congrès international de 1905, dans la troisième section (Préservation et assistance de l'enfant) a adopté des vœux protecteurs de l'enfance, en les faisant précéder des considérants suivants :

« Le Congrès considérant :

« Que la tuberculose, maladie contagieuse, est presque toujours contractée par le petit enfant au foyer familial contaminé ;

« Que la tuberculose de l'adulte est le plus souvent une tuberculose de l'enfance restée latente et méconnue ;

« Que, en conséquence, la préservation de l'enfance est le moyen le plus précieux et le plus efficace de combattre la tuberculose, maladie sociale... »

De toutes ces données, confirmées par le Congrès récent de La Haye, il ressort : *que le meilleur moyen de combattre la tuberculose de l'adulte, c'est de la dépister chez l'enfant, pendant cette longue période de la vie scolaire qui, de six à dix-huit ans, donne le minimum de mortalité.*

La tuberculose tenue en échec par la croissance est, en effet, plus facilement curable à cette période de la vie, puisque, maintes fois, elle guérit spontanément

et laisse dans nos tissus des traces inoffensives que le hasard de l'autopsie révèlera plus tard.

Ces faits nous conduisent aux conclusions suivantes :

IV. — CONCLUSIONS

Si la tuberculose ganglio-pulmonaire de l'enfant est curable, *ce que nous croyons fermement*, il faut pour la guérir :

1° La reconnaître à son extrême début par un examen de dépistage qui permette, en dissociant les signes physiques, de diagnostiquer les première, seconde et troisième étapes qui précèdent la première période classique. C'est dans cette phase de germination que la tuberculose offre le plus de chances de guérison.

2° Ne pas compter sur le traitement fait à l'école par l'addition d'un repas supplémentaire. Il améliore à peine la situation de quelques enfants, laisse la grande majorité stationnaire et n'empêche pas quelques-uns de devenir plus gravement malades.

3° Faire un effort plus sérieux et plus prolongé, effort que les parents sont incapables d'accomplir avec leurs seules ressources. Il convient donc de leur venir en aide, si on veut combattre la tuberculose à son origine et chez l'enfant.

Seul, le Conseil municipal de Paris peut le faire utilement.

Deux méthodes s'offrent à son choix :

1° Le placement des enfants atteints de tuberculose *légère et fermée* dans des familles de campagne qui seraient prévenues que l'enfant est malade, quoique non contagionnant, et qui recevraient une mensualité suffisante pour assurer le traitement hygiéno-diététique, l'aération continue et la suralimentation.

L'enfant suivrait les cours de l'école communale et les exercices de cette école dans la mesure où le médecin chargé de sa surveillance le permettrait.

Cette surveillance devrait s'exercer surtout en vue de prévoir le moment où le bacille, mis en liberté, rend l'enfant contagionnant. Il faudrait, en effet, prévenir ce moment pour ne pas contaminer la famille nourricière.

Ce danger de contamination est la grande objection à cette méthode du placement familial. Objection capitale ! En effet, il est presque impossible, même à un médecin très attentif, de savoir le moment où les bacilles vont être éliminés. Il peut se produire des surprises qui déjouent tous les pronostics.

2° Pour ce motif et aussi pour assurer un traitement meilleur, mes collaborateurs et moi, nous préférons la seconde méthode qu'on pourrait essayer, pendant quelques années, sur un petit nombre d'enfants. On l'étendrait ensuite, si les résultats étaient favorables. Les enfants reconnus malades seraient placés, à la campagne, dans un sanatorium-école, où ils continueraient leurs études, sous la surveillance étroite d'un médecin. Celui-ci, véritable médecin de sanatorium, réglerait, non seulement l'aération et l'alimentation nécessaires à la cure, mais aussi les heures de travail, de récréation, de gymnastique, etc.

Dans deux ou trois ans, nous saurions à quoi nous en tenir sur les effets produits.

Deux écoles suburbaines, une de garçons, une de filles, suffiraient pour cet essai.

On les appellerait, si l'on veut, *Ecoles de plein air*.

Elles seraient un internat de cure pour les enfants bacillifères.

Il appartient au Conseil municipal de Paris, si éclairé et si humain, de tenter le salut des enfants malades de nos écoles, pépinière inépuisable des tuberculeux adultes, incurables.

Cette *assistance préventive* de l'enfance, outre qu'elle serait le meilleur emploi de nos finances, épargnerait beaucoup de vies humaines.

TRAITEMENT DES SALPINGO-OVARITES

Par M. le Dr SIREDEY

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine (1)

TRAITEMENT. — *Salpingites aiguës*. — Nulle part les indications du traitement ne sont plus nettes que dans les formes aiguës, franches : les *manifestations péritonitiques* dominent la scène, ce sont elles qu'il importe de combattre.

Il y a quelques années, un certain nombre de chirurgiens préconisaient la laparotomie d'emblée. Depuis le très remarquable rapport de Bouilly au Congrès de gynécologie de Genève (1896), cette opinion ne trouve guère de défenseurs ; sauf certains cas exceptionnels, les chirurgiens préfèrent l'intervention *à froid*, et conseillent le traitement médical.

Les ruptures tubaires dans ces conditions sont excessivement rares, et l'extension du processus péritonitique ne s'observe guère qu'au cours des graves infections qui suivent les accouchements ou les fausses couches.

Dès les premiers symptômes de la maladie, on doit condamner les femmes à l'immobilité absolue, dans le décubitus horizontal, et recouvrir le ventre d'un ou de deux sacs de glace.

Si les malades s'agitent, se déplacent constamment sous l'influence de la douleur, on aura recours à des injections de morphine pour leur procurer un peu de calme.

Le repos, la glace et la morphine apaisent assez promptement les souffrances.

Les émissions sanguines, sous la forme de ventouses scarifiées ou d'applications de sangsues, ont joui autrefois d'une grande vogue ; elles sont encore recommandées par beaucoup de médecins, et il est incontestable qu'elles ont une action très marquée sur la douleur.

On combattra les nausées par la diète à peu près absolue ; les malades ne seront autorisées à boire qu'une petite quantité d'eau glacée toutes les heures. Contre le météorisme on conseillera d'introduire profondément dans le rectum, avec précaution, une grosse sonde, qui sera laissée en place trente ou quarante minutes.

(1) Extrait de l'*Hygiène des maladies de la femme*, par le Dr SIREDEY, 1 vol., de 346 p. de la *Bibliothèque d'Hygiène thérapeutique*. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 120, Boulevard Saint-Germain.

S'il existe des symptômes de dépression : petitesse et fréquence excessive du pouls, tendance aux lipothymies, on conseillera des injections hypodermiques de sérum.

Pendant les premières heures, la nécessité de l'immobilisation est telle, qu'il est préférable de ne pas s'occuper des fonctions intestinales, mais dès le deuxième ou le troisième jour, on facilitera les garde-robes à l'aide de suppositoires ou de petits lavements émollients bien chauds, d'un quart de litre ou d'un demi-litre, que l'on fera passer très lentement. Plus tard, on donnera des laxatifs doux, une cuillerée à café d'huile de ricin ou de magnésie par exemple ; on évitera les grands lavages intestinaux et les purgations, qui réveilleraient les douleurs aiguës en distendant l'intestin, ou en provoquant des contractions d'une manière trop prolongée.

Lorsque les nausées ont disparu, il n'ya pas d'inconvénient à revenir à une alimentation modérée, consistant en lait, en potages, purées, compotes, et que l'on augmentera progressivement ; il y a un grand intérêt à soutenir les forces des malades, mais il faut éviter tout ce qui serait de nature à exciter leur système nerveux.

Aussitôt que l'on soupçonne des signes de suppuration il faut appeler un chirurgien. Toute collection qui se forme dans le bassin demande à être évacuée dès qu'on peut l'aborder sans danger.

L'ouverture de ces abcès dans la cavité péritonéale est très rare, en raison des adhérences qui se forment rapidement ; lorsqu'elle se produit accidentellement, elle est presque toujours mortelle à moins d'opération immédiate.

L'évacuation du foyer par l'utérus, par la vessie, et surtout par le rectum, est chose beaucoup plus fréquente. Cette terminaison, considérée autrefois comme un processus de guérison spontanée, constitue en réalité une fâcheuse complication. L'abcès se vide rarement d'une façon complète ; il en résulte une fistule indéfiniment prolongée, avec infection presque fatale des viscères souillés, rectum ou vessie, ce qui est le point de départ de nouveaux accidents.

Le mode d'intervention varie forcément selon le siège, la forme, et l'étendue de la suppuration pelvienne. Le plus souvent elle consiste en une incision du cul-de-sac postérieur, suivie d'un drainage.

Dans certains cas, l'incision du cul-de-sac postérieur n'ouvre qu'un abcès localisé à la cavité de Douglas ou au tissu cellulaire pelvien, et il persiste au fond du foyer un kyste purulent de la trompe qui nécessitera une opération ultérieure (Ch. Monod).

S'il ne survient pas suppuration, la résolution se fait lentement ; les exsudats qui se sont produits dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire, disparaissent avant le kyste tubaire.

Aussi longtemps que l'on constate de la douleur et de l'empâtement à la palpation de l'abdomen et au toucher vaginal ou rectal, l'immobilisation des malades s'impose et elle doit être d'autant plus rigoureuse que c'est sur elle qu'il faut compter le plus pour amener la guérison. Les douleurs, à cette période, seront combattues à l'aide de lavements ou de suppositoires opiacés et belladonés.

On y associera de temps à autre un peu d'iodure de potassium (0,30 à 0,50 cen-

tigrammes que l'on mélangera aux suppositoires ou aux lavements, mais on n'en pourrait continuer l'emploi d'une manière prolongée sans crainte d'irriter la muqueuse rectale.

On maintiendra sur l'abdomen des compresses humides chaudes et on prescrira diverses onctions calmantes.

On devra veiller à la liberté du ventre et l'assurer autant que possible, régulièrement, par des moyens doux : lavements simples ou émollients, lavements huileux, petites doses d'huile de ricin ou de magnésie ; mais on évitera des drastiques.

On a quelquefois préconisé les massages dès cette période et même lors des réactions péritonitiques. Malgré les résultats surprenants signalés par M. le Dr Stapfer dans ses consciencieuses publications, il est difficile d'envisager ce traitement sans inquiétude. On peut observer une recrudescence manifeste des douleurs à la suite d'un simple toucher, pratiqué par une personne expérimentée, et on a quelque peine à s'imaginer que les manœuvres nécessitées par le massage le plus léger soient inoffensives dans tous les cas.

Beaucoup de femmes se plaignent même que l'application d'un tampon glycériné sur le col réveille les douleurs. Aussi est-il préférable de s'abstenir de tout pansement vaginal, jusqu'à une époque avancée, où l'on voit les sécrétions utérines devenir beaucoup plus abondantes et s'échapper en gros flocons gélatiniformes.

Les injections bien faites, c'est-à-dire très lentement, sous faible pression, en déplaçant le moins possible les malades, et sans les fatiguer, procurent un grand soulagement. On les prescrit en général très chaudes, cependant elles ne sont pas toujours bien supportées et elles sont souvent mieux acceptées si l'on en abaisse la température à 40-42°.

Il est difficile de dépasser deux ou trois litres et de les renouveler plus de deux ou trois fois en vingt-quatre heures, à cause de la fatigue qu'elles occasionnent.

Des injections de décoction de pavots et de guimauve ne dépassant pas 40-42°, légèrement alcalinisées par l'adjonction de borate de soude (20 à 25 grammes) et de chlorure de sodium (15 gr. pour deux litres d'eau), renouvelées deux fois par jour, m'ont paru souvent produire de bons effets.

M. Reclus a conseillé les irrigations rectales très chaudes et prolongées, dans le but de calmer les douleurs. Elles sont faites à l'aide d'une sonde à double courant.

Quand la crise aiguë est passée et le danger de péritonite écarté, de même que lorsqu'on est d'emblée en présence d'une affection subaiguë, la plus fréquente d'ailleurs des formes de la salpingite, les indications du traitement deviennent beaucoup moins nettes et elles varient selon les particularités observées.

Aussi longtemps que les douleurs persistent, que l'exploration des culs-de-sac vaginaux décèle l'existence sur les deux côtés ou sur l'un des côtés de l'utérus, de masses tendues, peu mobiles, douloureuses au moindre contact, le repos au lit s'impose, et l'on doit veiller à ce que les malades s'y soumettent rigoureusement, car elles sont toujours tentées de s'y dérober, et provoquent ainsi des rechutes fréquentes.

Les applications de glace ne sont plus nécessaires, mais il est utile de les rempla-

cer par des compresses humides, chaudes, fréquemment renouvelées, qui ont le double avantage d'exercer une action sédative sur les viscères abdominaux, et d'obliger les femmes à rester étendues.

On peut faire précéder ces applications de compresses, d'onctions à l'aide de divers liniments calmants, lorsque les douleurs reviennent encore par crises.

Il est bon de faire quelques pansements sur le col utérin, surtout durant les quatre ou cinq jours qui précèdent les règles et la semaine qui les suit. On applique sur le col utérin des tampons imbibés de glycérine au thigénol (1/3), ou à l'ichthyol (1/10e), ou même simplement de glycérine alcalinisée (glcérine 20 grammes, borate de soude 20 grammes, chlorure de sodium 1 gr. 50).

On y joint des injections alcalines, matin et soir, accompagnées ou non de lavements chauds.

Y a-t-il quelque utilité à employer la révulsion ? D'excellents auteurs la recommandent avec une conviction encourageante. On peut, du moins, sans inconvénient, recourir aux pointes de feu sur l'abdomen, chez les femmes qui les accueillent facilement. Mais les résultats que l'on peut en espérer ne paraissent pas suffisants pour les imposer aux malades qui les appréhendent, les supportent mal, et en éprouvent de violentes réactions nerveuses.

Quant aux vésicatoires, qui, jadis, ont joui d'une grande vogue, ils ne me paraissent guère recommandables. En dehors de l'agitation nerveuse et de l'insomnie qu'ils occasionnent, des complications vésicales qu'ils peuvent provoquer, ils ont le grave inconvénient d'infecter la paroi abdominale, et de causer une très grande gêne dans le cas où une intervention chirurgicale deviendrait nécessaire.

Le massage, la gymnastique suédoise ont donné d'excellents résultats entre les mains de spécialistes très expérimentés.

Cependant ces moyens ne doivent être employés qu'avec de grands ménagements. Il n'est pas rare que les séances de massage soient suivies d'une recrudescence des douleurs, et même de petites poussées inflammatoires, caractérisées par une augmentation de volume des masses tubo-ovariennes.

Les mouvements décongestionnants pratiqués au lit (adduction et abduction des membres inférieurs, avec résistance, etc.), offrent moins d'inconvénients, à condition que l'on en surveille les effets.

Quand les lésions sont réduites à des tumeurs plus ou moins volumineuses formées par des kystes tubaires, par des trompes sinueuses, bosselées et par des exsudats péritonéaux, qui entourent les trompes et les ovaires de véritables coques fibreuses encore sensibles au toucher, elles n'ont plus rien à attendre du repos, des pansements humides, ou même de la révulsion pratiquée sur l'abdomen. Il est indispensable de recourir à un traitement local pour obtenir des résultats appréciables.

On a proposé, en pareil cas, la *dilatation de l'utérus* suivie de pansements intra-utérins prolongés, dans le double but de traiter la métrite et de drainer en quelque sorte par leur orifice interne les trompes malades.

Ce procédé est loin de donner toujours les résultats attendus : les pansements intra-utérins modifient l'état de la muqueuse et améliorent la métrite, mais ils n'ont

pas grand effet sur la trompe, dont l'orifice est souvent oblitéré par le fait de la maladie. Si son occlusion n'est pas complète, il s'en écoule assez de liquide pour infecter de nouveau l'utérus, mais rarement assez pour vider le kyste tubaire. D'ailleurs les manœuvres nécessaires pour la dilatation et pour les pansements, peuvent être le point de départ d'érosions, suivies de lymphangite, dont le retentissement sur les lésions annexielles sera plutôt fâcheux.

Il vaut mieux recourir à la *columnisation*, traitement jadis employé en France, oublié, puis repris lorsqu'il nous est revenu d'Amérique avec une technique plus précise. Ce procédé a surtout été préconisé par le Professeur Laroyenne, de Lyon, qui le conseillait pour la plupart des affections des annexes. Il n'est pas toujours toléré au cours des salpingites subaiguës ; son emploi, même quand la douleur semble avoir disparu, est souvent suivi de rechute. Aussi est-il préférable d'y renoncer chez toutes les malades qui accusent des sensations douloureuses à la suite de ce pansement. On observe, en pareil cas, dès le premier essai, une tuméfaction et une sensibilité qui indiquent une nouvelle poussée inflammatoire.

Ce pansement est d'ailleurs très simple : après avoir appliqué le spéculum, et fait un lavage aussi complet que possible du col utérin et des culs-de-sac vaginaux, on place sur le col et autour du col des lanières de gaze bien imbibées de glycérine (1) thigénolée, ichthyolée ou simpl ment alcalinisée,puis on bourre le vagin de gaze stérilisée sèche, de manière à le remplir d'un pansement aussi serré que possible, sans que la malade en souffre. Les organes génitaux profonds sont ainsi soutenus, relevés, et modérément comprimés ; les tampons glycérinés contribuent à décongestionner le col utérin et à faciliter l'issue de ses sécrétions ; de plus on réalise ainsi l'occlusion de l'appareil génital et l'utilité de ce détail n'est pas contestable en pareil cas.

Le pansement est laissé en place deux ou trois jours ; les malades peuvent circuler, vaquer à leurs travaux, à condition d'éviter les efforts et la fatigue. En leur permettant ainsi d'abréger leur réclusion on les met à l'abri des complications nerveuses.

Quand on retire les gazes, on est frappé de l'excellente apparence que présente le col dont les sécrétions sont absorbées dès qu'elles se produisent. La tuméfaction des organes profonds continue à diminuer peu à peu et ,d'une séance à l'autre, on assiste à la régression lente, mais continue, des lésions. Dès les deux premiers pansements, il est facile de se rendre compte de la façon dont les malades tolèrent la columnisation ; si l'on constate la moindre recrudescence des lésions, le mieux est d'y renoncer de suite.

Quand elle est bien supportée, la columnisation constitue l'un des meilleurs moyens de traitement des salpingites chroniques.

---

1. Formules pour pansements :

1° Thigénol. . . . . 50 gr.
Glycérine. . . . . 200 —

2° Ichthyol. . . . . 10 gr.
Glycérine. . . . . 250 —

3° Borate de soude . . . . . 25 gr.
Glycérine. . . . . 250 —

C'est également dans les formes chroniques que le *massage* et la *kinésithérapie* sont indiqués.

On peut essayer le massage chez la plupart des malades ; s'il ne provoque ni douleurs, ni réactions inflammatoires, on en obtiendra souvent de bons effets ; mais il ne doit être confié qu'à des personnes très expérimentées et prudentes.

Il sera bon de joindre aux manœuvres pratiquées sur l'utérus le massage des muscles droits antérieurs, obliques et transverses de l'abdomen, de manière à réveiller la tonicité de la sangle abdominale et à faciliter le fonctionnement de l'intestin.

On complétera le traitement par des exercices méthodiques destinés à faciliter la circulation pelvienne et à décongestionner les organes génitaux.

Ce sont surtout les mouvements d'adduction et d'abduction des cuisses, faits lentement, en même temps qu'on leur oppose une certaine résistance. Il est bon aussi de provoquer des mouvements de flexion et d'extension du tronc sur les membres inférieurs, puis des mouvements de flexion et d'extension sur le tronc des membres inférieurs fléchis et défléchis.

Les séances étant renouvelées en général tous les deux jours, il est facile d'associer ce traitement à la columnisation.

Le massage peut-il, comme on l'a dit, déchirer des adhérences, mobiliser prématurément des organes, et devenir ainsi une cause d'aggravation des lésions génitales ?

Cette objection vise plutôt la façon dont le massage est pratiqué, que le principe même du traitement. Il est évident que des manœuvres violentes, brutales, exercées sur les organes du bassin ne seraient pas sans danger. Aussi ne saurait-on confier au premier venu la pratique du massage gynécologique, c'est *une œuvre médicale* et qui doit être exécutée autant que possible par *un médecin*.

Dans aucun cas le gynécologue qui l'a prescrit ne doit s'en désintéresser. Il en surveillera régulièrement les effets, de manière à interrompre le traitement dès qu'il en aurait reconnu les inconvénients.

On a préconisé l'emploi de l'*électricité :* elle n'a en vérité rien à faire dans le traitement des annexites proprement dites. Il est possible qu'elle aide au relèvement de la nutrition générale, qu'elle facilite le fonctionnement de l'intestin, mais son action sur les altérations annexielles ne pourrait guère être efficace.

Eaux minérales. — Les *cures thermales* rendent de réels services dans les maladies des annexes et si leur action est discutée c'est parce que, trop souvent, on y a recours sans tenir compte des indications.

Conseillées d'une façon banale au cours des affections utérines, elles n'ont qu'une utilité relative dans les métrites proprement dites : l'hydrothérapie sous toutes ses formes ne saurait atteindre et modifier la muqueuse infectée. Il n'en est plus de même quand le parenchyme utérin entre en jeu : l'arrêt d'involution consécutif à un accouchement ou à une fausse couche, les troubles circulatoires qui entretiennent des *phénomènes dystrophiques*, comme il s'en produit dans la *métrite parenchymateuse*, sont avantageusement modifiés par une saison d'eaux.

Cette influence favorable est encore plus marquée lorsqu'il s'agit de certaines al-

lérations des annexes. Les complications qui sont survenues *du côté du péritoine* et surtout *dans le tissu cellulaire du bassin*, c'est-à-dire *les reliquats de la périmétrite, des phlegmons du ligament large, des périsalpingo-ovarites*, sont en général considérablement améliorés par une cure thermale. La balnéation répétée, les douches, les grandes irrigations vaginales faites dans le bain ont une action très marquée sur la circulation pelvienne, qu'elles tendent à régulariser, en même temps qu'elles favorisent la résorption des exsudats qui se sont produits dans le tissu cellulaire du bassin.

Mais elles restent sans effet sur les kystes tubaires et ovariens, sur les scléroses confirmées, sur les vieilles adhérences, et sur les déplacements des organes.

Leur emploi doit être limité d'ailleurs à la convalescence des annexites aiguës ou aux formes chroniques de ces maladies.

Quant au choix de la station, il est subordonné à l'état général des malades et aux accidents locaux qu'il s'agit de combattre.

Les arthritiques nerveuses ne supportent pas toujours bien les eaux chlorurées fortes qui entretiennent chez elles un éréthisme cardio-vasculaire peu favorable au traitement. Elles se trouvent mieux des eaux chaudes, faiblement minéralisées, comme Néris, Luxeuil, Bourbonne-les-Bains, Bourbon-l'Archambault, Plombières, Saint-Nectaire, Bagnoles-de-l'Orne, ou les eaux sulfureuses faibles comme Saint-Sauveur, les Eaux-Chaudes, Bagnères-de-Bigorre, Saint-Gervais.

Les stations salines telles que Salies-de-Béarn, Biarritz, Briscous, la Mouillère-Besançon, Salins-du-Jura, Salins-Moutiers, Bex conviennent parfaitement aux lymphatiques. Ces mêmes eaux sont également indiquées pour les malades qui conservent, à la suite de *périmétrites*, le *périmétro-salpingites* diffuses, des empâtements plus ou moins étendus.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 Novembre 1906

Présidence de M. E. Gendre

M. Manquat présente une note sur la *posologie du véronal*. Il estime que même les doses de 0,50 gr. peuvent donner lieu, le lendemain de l'ingestion, à des troubles divers (somnolence, nausées, etc.). Il faudrait se borner à des doses de 0,25 gr. si l'on voulait éviter tout accident, mais alors onn'obtiendrait, le plus souvent, aucune action hypnotique. La dose somnifère est trop voisine de la dose toxique.

Les essais concernant la posologie des hypnotiques sont en général faits sur des aliénés, qui présentent une résistance extraordinaire à ce genre de médicaments.

M. Bousquet a fait de recherches dans la littérature médicale; il a trouvé que la dose mortelle de véronal est indiquée, pour le chien, comme se montant à 1 gr. par kilo. Ce n'est donc pas un médicament dangereux; on ne connaît du reste qu'un seul cas de mort, observé à la suite de l'ingestion de 15 gr. à la fois.

Le médicament provoque certainement des troubles chez les sujets dont les reins ou le foie fonctionnent mal, mais la limite est variable et il existe des cas d'idiosyncrasie. Certaines personnes ne peuvent supporter l'albumine de l'œuf de poule: ce n'est pas une raison pour la bannir de l'alimentation.

Le véronal présente le grand avantage de ne pas produire de phénomènes d'accoutumance, comme beaucoup d'hypnotiques. Du reste, si l'on craint de voir apparaître le véronalisme, il suffit de s'adresser à un corps de la même série chimique, le *proponal*, qui agit à la dose de 0,10 à 0,20 gr.

M. Legendre critique la forme dans laquelle le médicament est mis en vente: les tablettes de véronal sont trop actives, et on ne saurait doubler la dose (tendance naturelle au malade et au médecin, si une première tablette n'a pas agi), sans risquer des troubles toxiques. On devrait livrer des tablettes à 0,10 gr., par exemple, de principe actif ; dans ces conditions, on arriverait sans danger à la dose utile.

M. Bardet croit que l'on a quelque peu exagéré les inconvénients du médicament : il faut avoir pour règle de conduite de ne pas continuer pendant plusieurs jours de suite son administration. Cette règle s'applique d'ailleurs à tous les hypnotiques.

M. Dalché présente une observation d'*accidents syphilitiques graves survenus au cours d'un traitement intensif*. Des accidents graves d'artérite syphilitique ont été observés chez un malade soumis dès le début de son affection à une médication très énergique et continue. Trente piqures d'huile grise n'ont pas empêché l'apparition de troubles hémiplégiques : l'inefficacité de la médication fut absolue.

M. Legendre possède une observation identique ; ici, la mort survint et jamais les accidents ne purent être enrayés.

M. Baudoin a aussi assisté à des désastres de ce genre : la syphilis maligne précoce résiste à nos moyens thérapeutiques. Parmi eux, c'est encore l'huile grise q'il faut choisir de préférence quand on se trouve en présence de cas analogues.

M. Gautier cite une malade, professionnellement intoxiquée par le mercure, et qui fut atteinte de syphilis grave. Dans un autre cas, on ne parvint à juguler une artérite cérébrale qu'en diminuant notablement les doses de biiodure de mercure injectées.

M. Le Gendre croit que dans ces cas il y a intoxication grave par le mercure : le sujet intoxiqué ne présentant plus une force de résistance suffisante au virus spécifique, succombe dans cette lutte. Si l'on donne au contraire des doses faibles, l'action médicamenteuse s'exerce efficacement et le sujet conserve sa résistance organique intacte. On remarque du reste qu'autrefois, avec les traitements intensifs, le nombre des syphilis graves était beaucoup plus élevé qu'aujourd'hui.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Evolution de la glycosurie et de la tolérance hydrocarbonée chez un diabétique, sous l'influence du régime. (*Soc. Médic. hop.* 12 novembre 1906), par le Dr MARCEL LABBÉ et M. AMEUILLE. — Les auteurs citent l'observation d'un malade qui entra à l'hôpital avec 300 grammes de sucre et les symptômes suivants : amaigrissement, névralgies, polydipsie et polyurie.

La malade ne prit aucun médicament et fut mise à un régime comprenant 300 grammes d'hydrates de carbone. Cette quantité fut progressivement abaissée jusqu'à 51 gr. Grâce à ce traitement, MM. Labbé et Ameuille virent le sucre urinaire diminuer progressivement, et finir par disparaître complètement. La malade alors pouvait prendre impunément 225 grammes d'hydrates de carbone, mais lorsqu'elle dépassait cette dose, la glycosurie réapparaissait.

Les auteurs donnent de ces faits de tolérance hydrocarbonée, l'explication suivante : en restreignant les hydrates de carbone, on permet à l'organisme de se débarrasser de l'excès de sucre qu'il renferme. Le malade peut, sans présenter de glycosurie, absorber dans ces conditions, une quantité relativement considérable d'hydrates de carbone. Si le malade, au contraire, ingère beaucoup d'aliments hydrocarbonés, l'organisme reste saturé, la tolérance diminue, et on voit apparaître le sucre dans les urines.

Ces faits montrent l'importance du régime chez les diabétiques puisqu'il suffit de réduire la dose d'hydrates de carbone pour diminuer et même supprimer la glycosurie.

Dr PIERRE SÉE.

L'alcool et les graisses chez les diabétiques (*Presse Médicale, n° 89 (7 novembre* 1906), p. 712), par le Dr R. ROMME. — L'acétonurie, qui se manifeste chez les individus bien portants, soumis au régime exclusif des viandes et des graisses est due, d'après Geelmuyden et Schwartz, non à l'absence d'hydrates de carbone, ou à la mutation défectueuse de substances albuminoïdes, mais à la présence de graisses dans l'alimentation. En effet, chez l'homme sain, soumis à un régime exempt d'hydrates de carbone, la quantité d'acétone éliminée augmente parallèlement à celle des graisses ou des acides gras ingérés. Cette augmentation est encore plus marquée chez le diabétique. M. Romme en induit que l'ingestion de graisses pourrait favoriser l'éclosion du coma diabétique. D'autre part les expériences de Benedikt et Torok, (faites à la clinique du Dr Koranyi) ont démontré que la substitution de l'alcool aux graisses diminue l'acétonurie et la glycosurie.

M. Romme conclut avec ces auteurs qu'il faut, pour les diabétiques, supprimer les graisses et prescrire 40 gr. d'alcool, sous forme de vin, bière, thé au rhum, etc. Ces malades supportent bien l'alcool qui ne leur cause, à dose raisonnable, ni excitation, ni dépression.

Dr Pierre SÉE.

Un cas de pseudoleucémie traité par la radiothérapie (*Annales médicochirurgicales du centre, n° 44 (4 nov.* 1906), *p.* 517, par le Dr JAULIN (d'Orléans). — M. Jaulin relate l'observation d'une malade de 17 ans, ateinte de pseudoleucémie. Avant le traitement, elle présentait les symptômes suivants : adénite cervicale, durant depuis deux ans, devenue douloureuse depuis un an ; (le cou mesurait 40 cm. de circonférence) adénite axillaire, fatigue, toux quinteuse, pâleur, amaigrissement, vomissements, œdème des jambes. Le diagnostic montra qu'il n'y avait pas d'augmentation

des mononucléaires par rapport aux polynucléaires, et pas de formation de mononucléaires anormaux (myélocytes).

On n'avait donc pas affaire à une leucémie, mais à une pseudoleucémie.

M. Jaulin prescrivit la radiothérapie qui améliora rapidement la malade. Cette thérapeutique fit, en effet, cesser la faiblesse et les vomissements, diminua l'adénite cervicale (la circonférence du cou tomba à 33). Le traitement fut alors suspendu pendant 2 mois, et on vit la malade péricliter. L'auteur pense que son état pourra de nouveau s'améliorer en la soumettant encore une fois à l'action des rayons Rœntgen.

Dr PIERRE SÉE.

Sur l'élimination et la rétention de l'urée dans l'organisme malade. (*Thèse-Paris* 06), par le Dr G. PAISSEAU. — D'après M. G. Paisseau, l'urée serait excrétée par la cellule rénale, et, par suite, l'élimination de l'urée ne pourrait se bien faire que si le rein possède un fonctionnement normal.

Pour constater la rétention de l'urée, l'auteur propose deux procédés : le premier consiste à mesurer la quantité d'urée contenue dans le sang, et celle qui est renfermée dans les urines : on a ainsi un rapport qui croît proportionnellement à la rétention. Le deuxième est l'épreuve de l'azoturie alimentaire.

On observe la rétention de l'urée quand il y a diminution de la perméabilité rénale. La rétention de l'urée favoriserait indirectement celle des chlorures et contribuerait ainsi à produire des œdèmes.

Comme conclusion à cet intéressant travail, l'auteur recherche la thérapeutique capable d'enrayer ces phénomènes : la diète azotée, le régime achloruré constituent, à ses yeux, le traitement de choix.

Dr PIERRE SÉE.

Nature et traitement de l'urémie, par RICHTER (*Zeitschr f. aerztl. Fortbildung*, 1er *novembre* 1906). Actuellement, nous ne possédons pas une antitoxine capable de lutter contre cette autointoxication par des substances azotées, qui constitue selon toute vraisemblance, l'urémie.

On est plus avancé au point de vue prophylactique, en recommandant un régime très pauvre en albuminoïdes: de cette façon on arrive à retarder les accidents.

Reste l'élimination des toxines: le procédé classique, la saignée (300 ccm.), ne s'explique guère en théorie, car la quantité de toxines soustraite n'est pas considérable, mais ses effets ont indubitablement dignes d'attirer l'attention, surtout si on accompagne la saignée de l'injection de solutions hypotoniques, destinées à abaisser le taux de concentration du liquide sanguin.

On peut aussi tenter d'exciter la fonction rénale, mais il faut dans ce domaine agir avec une grande prudence, car on risque d'irriter le rein. En outre, les diurétiques donnent bien un coup de fouet à l'élimination de l'eau et des chlorures, mais il peut arriver souvent que celle des matières extractives n'est en rien influencée par eux.

Reste la voie cutanée: elle présente aussi ses dangers, car une élimination exagérée de liquides peut provoquer une concentration des toxines circulant dans le sang et des effets foudroyants. La diaphorèse ne semble pas, jusqu'ici, avoir rendu les services qu'on aurait pu en attendre. La voie intestinale (purgation énergique au moment de l'imminence d'un accès d'urémie), permet de débarrasser l'organisme des produits de décomposition accumulés dans le tube digestif: on sait que ces derniers ont sur les fonctions rénales et le système nerveux une influence défavorable.

En cas d'accès aigu d'urémie, la narcose chloroformique et la ponction lombaire constitueront les interventions de choix. Des bains chauds prolongés avec affusions froides, les injections de caféine ou de digalène (1 ccm. de la solution officinale), contribueront à combattre le coma.

E. VOGT.

Etiologie et traitement de l'urémie, par VAN RENSSELAER (*Medical Record*, 23 juin 1906). — D'après l'étiologie de l'urémie, l'auteur formule les indications suivantes : suppression des causes excitantes de l'urémie, repos physiologique des organes malades, traitement des symptômes propres suivant leur apparition. La saignée serait le premier moyen de supprimer les causes propres de l'attaque, qui résident dans la formation des protéides toxiques, car nous ne connaissons pas les moyens capables d'éliminer rapidement ces toxines ou de les transformer en produits inoffensifs. La saignée est la seule manière de les soutirer de l'organisme ; elle doit être faite aussi tôt que possible pendant l'attaque d'urémie. Elle est le meilleur moyen encore de diminuer la tension sanguine. On peut ensuite diminuer la toxicité du sang par la dilu-

tion, ce qui peut s'obtenir de trois manières : par l'injection intra-veineuse d'une solution saline, par l'hypodermoclyse ou par l'ingestion d'eau pure en abondance. Ce dernier moyen est le plus lent, mais le plus simple et le moins agressif, et c'est celui que préfère l'auteur. Pour faciliter l'élimination de l'urée et des matières extractives, on peut stimuler les émonctoires de plusieurs manières : par l'ingestion d'eau, par l'action purgative, diaphorétique et diurétique. S'il existe des protéides toxiques, elles sont très probablement dues à des fermentations intestinales, d'où la nécessité d'entretenir la propreté de l'intestin par des purgatifs et de donner un régime très peu azoté.

Pour assurer le repos physiologique aux organes malades, le mieux est de supprimer l'alimentation pendant vingt-quatre heures et de donner ensuite un peu de lait peptonisé ou de gruau très léger. Les purgatifs et les diaphorétiques, en soulageant la fonction éliminatrice des reins, contribuent à mettre les reins à l'état de repos physiologique. Les convulsions peuvent être combattues par les inhalations de chloroforme ou d'éther ou par des injections de morphine. On a discuté sur l'opportunité de ce dernier médicament ; peut-être l'état de la pupille donnera-t-elle quelques indications. Chez les sujets dont la pupille est dilatée, la morphine semble agir efficacement ; il n'en est plus de même chez ceux dont la pupille est contractée. La ponction lombaire agit enfin en diminuant la pression du liquide cérébro-rachidien.

L. JUMON.

Valeur thérapeutique de l'antithyroïdine dans le goître exophtalmique et les affections analogues, par ELSNER ET WISEMAN (*Merck's Archives*, oct. 1906). — Les auteurs ont employé le sérum du sang de moutons éthyroïdés dans douze cas typiques de goître exophtalmique. Dans la plupart d'entre eux le goître a été plus ou moins réduit de volume, mais en prenant les cas dans leur ensemble les auteurs ne se croient pas autorisés à dire que la guérison a été absolue et complète. Cependant ils constatent que l'antithyroïdine est un médicament qui peut être employé avec succès pour dissiper certains symptômes incommodes et alarmants dans les cas typiques et atypiques, surtout la tachycardie, l'angoisse précordiale et le tremblement. L'amélioration se fait sentir au bout de trois à sept jours, et si elle ne s'est pas produite au bout de trois à quatre semaines, on peut croire que le cas est rebelle à l'action du sérum. Les cas qui, suivant Elsner et Wiseman, ont cédé le plus rapidement au traitement, sont ceux qui sont caractérisés par le développement modéré du goître, avec légère exophtalmie et faible tremblement. Bien que la thyroïde hypertrophiée ne revienne pas à son volume normale dans ces cas, elle se réduit manifestement de volume. L'exophtalmie semble être le symptôme le plus rebelle, car il ne cède jamais entièrement au traitement antithyroïdien. Les symptômes nerveux s'améliorent, l'action cardiaque se ralentit et le sentiment de crainte qu'éprouvent beaucoup de ces malades disparaît. Une autre action favorable due à l'usage du sérum a été l'augmentation de poids que les malades ont constatée et les auteurs en résumant leurs observations assurent que dans aucun cas ils n'ont regretté d'avoir essayé ce traitement qui est inoffensif. Ils ont administré le sérum soir et matin à la dose de 15 à 30 gouttes dans du sirop, de l'eau ou un élixir à base de zeste d'orange. Comme le plus souvent le traitement a duré plusieurs semaines, l'usage du sérum a été interrompu entre temps un jour ou deux. Lorsque l'effet tardait à se faire sentir, la dose était portée à 60 gouttes. Certains malades jouissent d'une excellente santé depuis plusieurs années sans avoir continué le traitement.

L. JUMON.

Traitement chirurgical du goître ophtalmique, par M. ABADIE (de Paris), 19e *Congrès fr. de ch.*, *oct* 1906). — L'A. apporte un appoint très sérieux aux partisans de la section du sympathique cervical, en déclarant que la théorie de l'irritation des vasodilatateurs se trouve justifiée par l'observation. Les battements et le volume des carotides sont le symptôme le premier en date, l'hypertrophie thyroïdienne n'est que secondaire. Aussi, moins dangereuse que la thyroïdectomie, la *sympathectomie* se montre-t-elle plus efficace. En fait, il a pu suivre des opérés depuis plusieurs années et a vu persister la guérison de tous leurs symptômes. C'est donc à cette dernière opération qu'il vaut mieux avoir recours, quand on la juge nécessaire.

A. BENOIT.

Chirurgie générale

Dr BENOIT
Ancien interne des Hôpitaux.

Chirurgiens et appendice vermiforme (*Sem. méd.*, 24 oct. 1906). M. VULLIET (de Lausanne), dans un article revue, fait la critique des indications opératoires, telles qu'on les pose aujourd'hui en Allemagne, où on est en pleine « crise opératoire ». M. Sprengel veut distinguer 1° l'opération précoce, dans les deux premiers jours; 2° l'opération intermédiaire (radicale) au troisième, 4e et 5e jours ; 3° l'opération tardive (incision d'abcès) ; 4° l'opération à froid (Intervallopération).

L'*opération précoce*, la plupart le reconnaissent en France aujourd'hui, ne serait soutenable dans tous les cas que si la symptomatologie de l'appendicite ne laissait plus de place à l'erreur, ce qui n'est pas, et en second lieu, si l'on pouvait connaître d'avance la virulence de l'infection. Toutes ces conditions n'étant pas réunies, l'opération hâtive est une opération *d'exception*, exigeant un chirurgien expérimenté et un diagnostic confirmé par plusieurs crises antérieures.

L'opération *intermédiaire* est celle qui a causé le plus de désastres. Elle est beaucoup plus dangereuse que l'expectative (Roux). Les signes de *péritonite* ne peuvent servir à établir l'indication formelle d'opérer : il est toujours dangereux de détruire des adhérences qui se forment, et même si la péritonite est généralisée, attestée par tous ses signes habituels et de la fièvre, on n'en voit pas moins la guérison survenir souvent et il cite des cas. L'avenir, dit-il, fixera le rôle du chirurgien dans la péritonite appendiculaire, actuellement livré aux pires incertitudes. Quoi qu'il en soit, il a l'impression que la laparotomie large avec nettoyage général, cédera le pas aux interventions rapides et simples (ouvertures et contre-incision avec drainage), pour le bien des malades.

Dans les cas d'*abcès appendiculaires*, nous dirons, pour abréger, que l'auteur déconseille l'opération radicale et, vu la possibilité pour les abcès eux-mêmes de guérir spontanément, de n'intervenir que lorsque le pus se répand dans le voisinage et expose le malade à la pyohémie.

L'opération *à froid* ne mérite ce nom que si trois mois se sont écoulés depuis la dernière crise. Cette opération, même au milieu de conditions favorables, n'est pas exempte de dangers. On doit donc s'entourer des plus grandes précautions et ne pas oublier qu'on a affaire à des malades guéris « dont beaucoup définitivement sans que le chirurgien s'en mêle ». Comme technique, l'incision peut être quelconque et d'autant plus petite que le chirurgien est plus habile. Mais ce qui est indispensable, c'est de ne jamais sectionner, sauf quelques cas rares. Il faut dissocier les fibres musculaires, inciser seulement l'aponévrose du grand oblique, de façon, une fois l'appendice enlevé, à n'avoir plus qu'à jeter deux points de catgut sur cette aponévrose. La brèche à travers les muscles se referme d'elle-même. Avec cette manière de faire, on voit des malades qui peuvent circuler au bout de sept à dix jours.

A-t-on le droit d'enlever l'appendice *préventivement ?* L'auteur le nie et cite un cas d'étranglement par une bride qui n'était autre que le méso d'un appendice ainsi enlevé, au cours d'une intervention abdominale. L'*appendicectomie* est — à ses yeux — une opération fantaisiste sans portée pratique. Le cathétérisme de la fistule ainsi créé n'est d'ailleurs pas très aisé, lorsqu'on a l'intention de s'en servir pour médicamenter l'intestin, ainsi que le préconise M. Keetley, en Angleterre.

En résumé, l'auteur voudrait voir s'établir entre médecins et chirurgiens une entente cordiale profitable aux malades et il décoche aux uns et aux autres ses traits les plus malins au sujet de leur absolutisme, en épargnant toutefois le professeur Dieulafoy, seul responsable de l'anarchie actuelle. Bien plus, M. Dieulafoy ne vient-il pas, en protestant contre l'abus opératoire, d'exprimer ce que pensaient depuis longtemps beaucoup de médecins et de chirurgiens? Laissons-lui pourtant le mérite de n'être pas resté sourd à leurs voix.

A. BENOIT.

Appendicite et phlébite des membres inférieurs (*Soc. de Ch.* 24 oct. 1906). — M. TOUSSAINT, à propos d'un rapport de M. Broca sur ce sujet, communique l'observation d'un officier chez lequel des symptômes de *phlébite grave* succédèrent au bout de quelques semaines à des accidents appendiculaires manifestes, quoique de courte durée et n'ayant pas nécessité d'intervention. Lorsque la phlébite eut gagné le triangle de Scarpa et que des accidents d'embolie se manifestèrent, avec douleurs au point de

Mac Burney, la laparotomie fut pratiquée. La région appendiculaire était le siège d'un abcès qui donna 250 gr. de sérosité purulente. On draina et le malade guérit. L'A pense que la complication de phlébite chez les appendiculaires est une raison d'intervenir plus tôt, dans le but d'arrêter l'infection et les embolies.

A. BENOIT.

Forme hypertrophique de la tuberculose iléo-cœcale (*Soc. de Ch.* 2 oct. 1906). — MM. MICHON et BERGER ont communiqué chacun une observation de tuberculose locale de la région iléo-cœcale, présentant cette particularité que l'hypertrophie était bornée aux derniers centimètres terminaux de l'iléon. L'un des cas était bien le type hypertrophique pur, car la muqueuse nétait pas ulcérée. La guérison fut obtenue après résection dans le cas de M. Michon. La guérison opératoire réussit également dans le cas de M. Berger, après entéro- anastomose, mais la tuberculose poursuivit son évolution. M. HARTMANN fait justement observer que le fait de M. Michon doit être unique, la tuberculose de cette région intéressant toujours le cœcum.

A. BENOIT.

L'interventiom dans l'invaginatiom intestinale (*Soc. de cl.* 24 oct. 1906). — M. MAUCLAIRE a communiqué deux cas d'intervention tellement désastreux dans l'invagination intestinale récidivée, qu'on peut se demander s'il ne faut pas renoncer complètement, ne pouvant désinvaginer l'intestin fixé par des adhérences très fermes, à faire la résection dans la même séance. Ses opérés, l'un un enfant de 2 ans, l'autre une jeune fille de 15 ans, succombèrent dès le lendemain à cette intervention prolongée. Une fois les accidents levés par l'entérostomie ou l'anastomose intestinale, les accidents de péritonite ayant cédé, la *restitutio ad integrum*, sinon la résection à froid, donneraient sans doute de meilleurs résultats. Quelque tentation que l'on ait de la tenter dans une seule séance, les cas cités par M. Mauclaire et dont on doit le remercier, nous enseignent qu'on fait courir un danger mortel à l'opéré.

A. BENOIT.

Fistule vésico-intestinale ; sutures intra-abdominales, guérison, par M. CERNÉ (*Normandie médicale*, 1906, n° 8). — On sait que le traumatisme, et en dehors de lui, le cancer, la tuberculose peuvent amener des communications anormales de la vessie et de différents points du trajet intestinal, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un trajet plus ou moins long .Le malade de M. Cerné voyait passer par son urèthre des matières et des gaz. L'injection de lait dans le rectum faisait apparaître ce liquide dans la vessie. Le traitement par la double suture intra-abdominale permit la guérison dans des conditions idéales, ce qui est assez rare ; l'S iliaque était directement accolée à la vessie. Plus tard, ce malade subit heureusement une deuxième intervention pour un calcul vésical phosphatique dont la présence avait probablement échappé. Il fut impossible de découvrir la cause de sa fistule vésico-intestinale.

A. BENOIT.

Indication du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, par RICHARD DOUGLAS (*The Am. J. of. the med. Sc.*, oct. 1906). — Les formes ascitiques aiguës et chroniques sont les plus accessibles au traitement opératoire. Dans quelques cas exceptionnels seulement, on peut opérer dans la forme fibreuse. La forme ulcéreuse présente un pronostic défavorable, même lorsque ces cas semblent évoluer vers la guérison.

Dans la tuberculose miliaire on devra recourir seulement au traitement hygiénique. La péritonite fibreuse, sèche, présente de très grandes difficultés à l'opération et on ne doit recourir à des mesures chirurgicales que seulement en cas de complication, comme l'obstruction intestinale. Dans la forme ulcéreuse, avec grand amaigrissement, prostration, l'opération est contre-indiquée. La coexistence d'une pleurésie assombrit le pronostic. Des lésions actives dans d'autres régions sont des contre-indications opératoires. L'intervention est spécialement indiquée lorsque la tuberculose péritonéale est la seule manifestation active. Dans les cas aigus qui ressemblent à l'appendicite ou à l'obstruction intestinale, le traitement expectant doit être préféré à l'opération.

Il est difficile d'affirmer qu'il n'y a pas d'autre traitement de la péritonite tuberculeuse que l'intervention chirurgicale. Shattock, d'une analyse de 38 cas, conclut que l'affection peut guérir par un traitement purement médical, même s'il existe par ailleurs des complications. Dans la

forme exsudative, la résorption du liquide se fait lorsque l'état général du patient s'améliore. Si le traitement médical et hygiénique ne peut relever à ce point l'état général, il est indiqué d'intervenir.

On admet que souvent l'incision simple est suffisante. L'épanchement doit être complètement évacué, ce qui est particulièrement nécessaire dans les premiers stades, car le liquide se reforme, si le péritoine ne se défend plus. Il est évident que la laparotomie est nécessaire pour enlever complètement l'épanchement, qui ne peut être entièrement aspiré par une simple ponction, il est inutile de faire le drainage ; il n'est pas davantage nécessaire de faire une irrigation. On ne doit pas chercher à détruire les adhérences viscérales, mais plutôt à libérer le liquide enkysté ou à lever l'obstruction. Les irrigations antiseptiques ont une valeur douteuse. On peut essayer d'énucléer les ganglions mésentériques, quoique ce soit souvent difficile. S'il est possible, on enlèvera les foyers infectieux, ce qui est le cas, lorsque l'appendice ou les trompes de Fallope sont atteints.

Il est inutile d'enlever les parties de séreuse viscérale présentant de la tuberculose miliaire lorsque la lésion tuberculeuse est généralisée au péritoine. On enlèvera le tissu tuberculeux si l'excision peut être faite à travers des parties saines. On évitera l'abrasion et toute lésion des séreuses viscérales. L'explication rationelle de la guérison est que la manipulation et l'exposition du péritoine détermine un afflux de sérum normal qui est antitoxique. Il ne faut pas hésiter à soumettre un malade à des opérations répétées si le liquide se reforme, surtout si la première opération a été faite dans les débuts de la maladie.

La plaie pariétale ne s'infecte pas : l'infection pyogène est rare. La complication la plus à craindre est la formation d'une fistule fécale : on ne l'observe pas dans la forme ascitique, sauf lorsqu'on emploie le drainage, mais elle est fréquente dans la forme ulcéreuse.

L. JUMON.

Contribution à l'étude du traitement des tumeurs du médiastin par les rayons de Rœntgen, par ELISCHER et ENGEL (*Deutsche med. Wochenschrift, 4 octobre* 1906). — Le lymphome malin du médiastin a été traité chez 3 malades de la clinique médicale du Dr Koranyé par les rayons X : bien que la tumeur soit rétrosternale, elle est très sensible à ce mode d'intervention. Dans le premier cas, on constatait déjà après la 8e séance (5 à 10 minutes de durée), une amélioration évidente : à la 16e, le malade se considérant comme guéri, cessa tout traitement. Un an après, une légère récidive étant survenue, le malade refusa de se faire soigner à nouveau : actuellement, il continue à vaquer à ses occupations fort pénibles d'ouvrier métallurgiste.

Dans un second cas, il s'agissait selon toute probabilité d'adénite tuberculeuse : on obtint rapidement une grande amélioration des symptômes, mais la tumeur subsista malgré un traitement intensif et prolongé.

Une amélioration analogue fut obtenue dans le 3e cas : la nature de la tumeur n'a pu être déterminée.

Les auteurs citent enfin un 4e cas, qui fut traité dès le début sans aucun succès (lymphosarcome ?)

En résumé, toute tumeur du médiastin doit être soumise au traitement par les rayons X : dans la plupart des cas, on obtiendra une amélioration rapide, et s'il s'agit de lymphome malin pur, on peut même espérer une guérison complète.

E. VOGT.

Pneumotomie pour caverne bronchiectasique, par M. A. ANTIPAS, (*Gazette méd. d'Orient*, 1906, n° 2. — Le fait communiqué à la Soc. .Imp. de Médecine de Constantinople, concerne un enfant de quatre ans, qui, à la suite d'une bronchite avait vu survenir une expectoration purulente d'une fétidité extrême. Les signes relevés sur lui montraient une zone de matité de 7 à 8 cent. à la base du poumon gauche, avec gargouillement. Tous les traitements médicaux ayant échoué, M. Antipas traça un lambeau cutanéo-musculaire à convexité inférieure, correspondant à la localisaton de la caverne. Les 7e et 8e côtes furent réséquées sur 5 cent. Aucune adhérence n'existant entre les deux feuillets de la plèvre, un pneumothorax se forma, tandis que le petit patient se mit à suffoquer. Le toucher ne donnait aucun renseignement sur le siège de la dilatation ; la scissure normale était libre. Il n'y avait pas de pleurésie interlobaire. Il fallut trois ponctions successives de bas en haut, sur le lobe inférieur attiré et maintenu dans la plaie, pour obtenir quelques gouttes de liquide purulent et teinté de sang. La surface extérieurisée fut suturée à la plaie pariétale, puis une ponction au bistouri put être faite en

bonne place ; la caverne ne dépassait pas le volume d'une petite noix. Elle fut vidée, tamponnée avec de la gaze et la suture des parties molles fut accomplie. Après l'intervention, dyspnée, cyanose ; les accidents disparurent avec des injections d'huile camphrée et de sérum artificiel. La respiration reprit un rythme normal. Il y eut encore des accès de suffocation les jours suivants et l'on voyait bien le pus s'écouler pendant les pansements qui consistaient en nettoyage à l'eau oxygénée, sans grands lavages. L'état général s'améliora ensuite rapidement, bien que l'écoulement toujours abondant du pus donnât à penser qu'une autre cavité voisine avait dû s'ouvrir dans la première. Le résultat éloigné sera publié. L'auteur exprime l'opinion que mieux vaut faire une intervention précoce que tardive. Le bas âge n'est pas une contre-indication ; les enfants résistent même mieux à l'acte opératoire, à cause de la rareté chez eux, des dégénérescences viscérales.

A. Benoit.

Guérisons inattendues du cancer, par Czerny. (*Confér. intern. de l'étude du cancer*, 25-27 *septembre* 1906 *à Hiedelberg*). — L'orateur dispose d'une série de cas surprenants. Après une opération incomplète, la tumeur a régressé et disparu sous l'influence de cautérisations au thermo ou par caustiques chimiques. Dans un cas de carcinome mammaire récidivant, une érysipèle envahit la plaie et la malade est guérie depuis 20 ans. Dans un autre cas, il s'agissait d'un cancer utérin inopérable : l'orateur fit un curetage, puis un traitement palliatif au thermocautère ; la malade est guérie depuis 4 ans. Sur tous ses malades gastro-entérotomisés pour tumeur stomacale, 12 ont guéri définitivement sans autre intervention : il y a lieu d'admettre que la moitié au moins de ces patients étaient atteints de tumeur maligne : ce dernier diagnostic avait été posé dans tous les cas, et les chances d'erreur sont comptées au maximum dans cette appréciation. L'orateur cite enfin un cas de carcinome du maxillaire supérieur, récidivant sans cesse, pour lequel on intervint à maintes reprises sans enrayer le processus : brusquement, la guérison survint ; elle dure depuis 2 ans.

E. Vogt.

La vaccination antinéoplasique (19e *Congrès fr. de chirurgie, oct.* 1906). M. Doyen fait une nouvelle communication de ses expériences, desquelles il semble résulter que le sarcome et l'épithéliome ont une communauté d'origine, et aussi de ses résultats thérapeutiques. Il conclut qu'on peut arrêter l'évolution du cancer, lorsque le traitement est institué assez tôt ; d'autre part, que les opérations combinées à la vaccination selon sa méthode donnent de très bons résultats et enfin que la vaccination peut guérir *seule* des cas incurables par l'opération. Plusieurs orateurs rappellent les objections que soulève la théorie parasitaire du cancer, aujourd'hui fort battue en brèche et qui ne s'appuie sur aucune démonstration évidente. Quant aux résultats thérapeutiques, il est au moins extraordinaire que l'on ne puisse, à l'heure actuelle, se mettre d'accord sur la constatation de quelques cas de guérison indiscutables. Jusque-là, pareilles controverses demeureront dépourvues d'intérêt.

A. Benoit.

Traitement de l'abcès tuberculeux, par Starr (*The Brit. med. J.*, 13 octobre 1906.) — Un certain nombre d'abcès se résorbent chez des malades atteints d'affections osseuses. Il reste une matière caséeuse qui s'enkyste, laissant une sorte d'épaississement fibreux. Il faut donc d'abord surveiller l'abcès, soigner la lésion osseuse et l'état général par un régime reconstituant, des toniques et le grand air. Il vaut mieux que le malade soit couché et immobilisé pour faciliter la résorption de l'abcès.

Il faudra recourir à des mesures plus radicales si l'abcès augmente de volume, ce qui est souvent dû à l'invasion des parties molles par le tubercule. Si on laisse alors l'abcès s'ouvrir spontanément, il s'infectera très rapidement: il s'infectera même en s'approchant de la peau par les glandes sébacées et sudoripares. Il faut donc intervenir. La ponction et l'aspiration constituent un bon moyen de traitement ; mais le liquide peut se reproduire ; d'un autre côté, l'évacuation du liquide épais est parfois impossible et, en retirant l'aiguille, le pus s'écoule par le trajet qui s'infecte. L'injection dans l'abcès, vidé ou non de substances bactéricides, n'est pas prudente, et l'auteur la rejette. L'excision totale de l'abcès offre de grands avantages, mais elle a une application limitée, surtout à un très petit nombre d'abcès facilement accessibles.

L'incision et le drainage sont une méthode très recommandée, mais présentant certains inconvénients lorsqu'il existe des trajets sinueux, avec des suppurations inter-

minables. Aussi a-t-on souvent préféré l'incision, l'évacuation du contenu, le curettage de la paroi à la fermeture de la plaie. Le foyer est lavé avec de l'acide phénique : certaines cavités peuvent être remplies d'émulsion iodoformée à 10 0/0 dans la glycérine stérilisée. La plaie est fermée par des sutures aussi profondes que possible pour rapprocher les tissus et prévenir la formation des cavités. Beaucoup de cas ainsi traités ont guéri par première intention et les cavités ne se sont pas reformées. Parfois, il a fallu recommencer l'opération. Il est utile d'exciser la peau malade pour éviter les récidives.

L'auteur a renoncé, dans certains cas, à l'emploi de l'émulsion iodoformée, à cause de l'action de déshydratation de la glycérine, ce qui amène la distension des cavités par du sérum et s'oppose à la réunion des plans de la plaie. Il vaut mieux, dans ce cas, frictionner le foyer avec de la gaze iodoformée, qui abandonne alors un peu d'iodoforme dans la plaie.

L. JUMON.

Extraction des aiguilles sous l'écran. — M. S. WULLYAMOZ (de Lausanne), indique le procédé suivant, pour éviter des recherches laborieuses et souvent même infructueuses. On place la région dans laquelle une aiguille a pénétré entre l'ampoule et l'écran. Sous les téguments, on dessine au crayon dermographique un trait correspondant à l'ombre de l'aiguille. Or, comme il s'agit d'une ombre projetée, l'aiguille peut fort bien être inclinée de manière diverse et l'on conçoit bien que, si l'on cède à la tentation bien naturelle de faire une incision parallèle à cette ombre, pour l'extraire de champ, on puisse facilement dévier. Telle la main, et surtout la région de la paume, où d'habiles praticiens ont éprouvé ces difficultés. Il faut donc inciser *sur le milieu* de cette ligne et *perpendiculairement* à elle. Mais cette manœuvre ne servira qu'à saisir l'objet sans difficulté. En effet, après anesthésie locale, il suffit de glisser par l'incision très petite que l'on a faite, une pince à mors étroits. Une fois l'aiguille saisie, on la fait saillir par celle de ses extrémités qui est la plus superficielle et on incise de nouveau la peau à ce niveau pour la dégager sans trop de peine. Si les dispositions anatomiques s'opposaient à ce que l'incision fût faite exactement sur le milieu, on s'en rapprocherait le plus possible, afin de bénéficier des données radiographiques de la manière qui vient d'être indiquée.

A. BENOIT.

Sur l'anesthésie locale, par BUFF (*Munch. med. Woch.*, 30 oct. 1906). — L'auteur insiste ici sur l'importance des processus osmotiques dans l'organisme ou dans les cellules vivantes lorsque les solutions salines injectées se rencontrent avec les liquides de l'organisme. Le caractère de la solution « physiologique » consiste dans son isotonie avec le liquide des tissus. Pour les injections faites dans les tissus il faut prendre du liquide de même pression osmotique, ayant le point cryoscopique du sang.

Comme les anesthésiques locaux employés en injections dans les tissus ont une concentration beaucoup plus faible que celle des liquides physiologiques, il faut supprimer l'action nuisible des solutions trop faibles par l'addition d'un sel indifférent, comme le chlorure de sodium. En ce qui concerne la cocaïne, qui est un poison du protoplasma, il ne faut pas employer des solutions trop fortes. Mais c'est moins à la dose qu'à d'autres circonstances qu'il faut attribuer certains accidents. L'absorption se fera d'abord trop vite. Pour la retarder il faut rendre la solution isotonique par l'addition de 0,8 0/0 de chlorure de sodium. Il est utile d'ischémier le champ opératoire, lorsqu'on le peut, par la constriction du membre, parce que sans circulation l'absorption est minime. On peut atteindre ce but en utilisant les préparations surrénales pour produire l'ischémie.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Des douleurs tardives de l'estomac et de leur traitement, par MEUNIER (*La Presse Médicale* 3 *oct.* 1906). — Ces douleurs, qui apparaissent quelques heures après les repas et se rencontrent dans toutes les variétés d'affections gastriques, sont calmées par le bicarbonate de soude. L'auteur ne conclut pas de ce fait que ce sel agit en saturant l'acidité (les douleurs apparaissant au moment où le taux de l'acidité tend vers le minimum), mais surtout en don-

nant naissance à de l'acide carbonique dont l'action sur les douleurs tardives est indéniable.

Il découle de cette première constatation qu'il est inutile de passer par le bicarbonate de soude pour obtenir une action thérapeutique : ce sel, pour produire CO^2, est obligé de saturer l'HCL litre du suc gastrique et arrête par suite le travail de la digestion, la pepsine n'agissant qu'en milieu acide. Il s'oppose aussi à la digestion intestinale, car l'acidité du suc gastrique est l'excitant spécifique du pancréas.

L'auteur a en conséquence institué des expériences tendant à obtenir, au moyen de carbonates à solubilité différente, un dégagement lent et continu de CO^2, sous l'influence d'une solution d'acide tartrique : il a cherché en outre une formule donnant en combinaison intragastrique un sel neutre, incapable de modifier l'acidité du suc gastrique.

Il faut délayer séparément dans deux demi-verres d'eau, un paquet n° 1 et un paquet n° 2 ; au moment des douleurs, on prendra successivement une cuillerée à bouche du n° 1 et une du n° 2, et on continuera ainsi toutes les 10 minutes jusqu'à cessation de la douleur.

La formule la plus avantageuse est la suivante :

Paquet n° 1

Acide tartrique pulvérisé..... 1 gr.

Paquet n° 2

Bicarbonate de soude..... 0 gr. 40
Carbonate de chaux..... 0 gr. 50
Hydrocarbonate de magnésie..... 0 gr. 20

Les résultats ont confirmé les prévisions de l'auteur, car chez tous les malades atteints de douleurs tardives, *quel que soit le diagnostic de leur affection*, les douleurs ont été progressivement calmées.

Comment agit CO ? En accélérant l'évacuation stomacale du repas d'épreuve, ainsi que l'ont montré à l'auteur une série d'expériences.

E. Vogt.

De l'apepsie dans les névroses (*Archiv. génér. de Méd. n° 44* (30 *oct.* 06), *p.* 2761, par le Dr Henri Français). — La coexistence des troubles de la sécrétion gastrique et des névroses centrales a été signalée, il y a longtemps. D'après M. H. Français, il faut distinguer deux cas différents : dans le premier, il y a coexistence d'une affection stomacale et d'une névrose, et ces deux affections évoluent parallèlement ; dans le deuxième, le syndrome de l'apepsie apparaît sans que la muqueuse gastrique soit le siège de lésions appréciables, et ce cas peut se présenter au cours de l'hystérie : il s'agit alors d'une véritable inhibition des fonctions gastriques. L'apepsie sans lésions peut également s'observer chez les psychasthéniques et chez les neurasthéniques.

Ces considérations sont importantes pour la thérapeutique. En effet, il faut faire marcher de pair le traitement de l'affection gastrique et celui de la névrose. On ne donnera que peu de médicaments, afin de ne pas aggraver l'état de la muqueuse stomacale. Les procédés psychothérapiques, agissant sur les phénomènes subjectifs, sont, d'après M. H. Français, les plus utiles aux malades.

Dr Pierre Sée.

Emploi des antispasmodiques et en particulier du « Petroselinum Sativum », dans le traitement médical de l'appendicite, par le Dr Gaston Sardou. (*Arch. gén. Médecine* (30 *octobre* 1906). *N° 44, p.* 2769). — Le spasme, d'après M. G. Sardou, s'observe fréquemment dans les affections intestinales, et notamment dans l'appendicite. Il est une réaction de l'inflammation, et il est la cause de la douleur, des crises, et des troubles dans l'expulsion des matières fécales. Il contribue également à produire, dans les tissus, des altérations qui favorisent l'infection. Il y a donc intérêt à abolir le spasme. M. G. Sardou n'est pas partisan du traitement par la glace : il préfère les antispasmodiques, et en particulier le *Petroselinum Sativum* qui donnerait de meilleurs résultats que la belladone, la jusquiame ou l'opium. Le *Petroselinum Sativum* a été employé en gynécologie et en obstétrique. L'auteur, après avoir constaté les bons effets de ce médicament dans les coliques intestinales, dans les spasmes néphrétiques, hépatiques, œsophagiens, etc., l'a employé avec succès dans l'appendicite. Les crises douloureuses seraient rapidement calmées ; la sédation pourrait parfois durer plusieurs heures.

Dans les cas graves, avec ballonnement, péritonisme et fièvre, l'emploi du *Petroselinum Sativum* permettrait d'attendre le moment de l'intervention.

L'accoutumance au médicament ne se produit que lentement, aussi peut-il être administré pendant un temps assez long.

M. G. Sardou donne au début 2 à 3 gout-

tes. La dose peut sans inconvénient être élevée à 60 et même 80 gouttes.

Le Petroselinum Sativum, prescrit dès les premières sensations douloureuses ferait parfois avorter la crise, ou en réduirait, tout au moins, l'intensité et la durée.

Dr PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire

Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON

Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Traitement de l'emphysème, de la bronchite chronique et de l'asthme bronchique par l'air chaud, par COHN-KINDBORG (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 8 *octobre* 1906. — L'auteur, dans le but d'amener une décongestion intense du poumon par hyperémie qu'à 80° C.
du tégument externe, place ses malades dans une caisse à air surchauffé, qui enveloppe toute la région thoracique. Les séances durent une heure ; on monte jusqu'à 80° c.

Sur 12 malades, l'auteur n'a enregistré qu'un seul insuccès (insuffisance cardiaque). Dans tous les autres cas, les résultats ont été très satisfaisants. Chez un enfant souffrant d'asthme bronchique, le volume du thorax entra en régression et le cœur déplacé reprit sa position normale.

L'amélioration se manifeste parfois dès la première séance: au spiromètre, on constate au bout de peu de temps une augmentation du volume de l'air expiré.

Le traitement est fort bien supporté et n'a aucun inconvénient, surtout si on prend la précaution de ne pas laisser aller les malades à l'air libre de suite après la séance.

L'auteur estime que les observations de catarrhe bronchique et emphysème améliorés par les rayons X doivent être interprétées dans le sens d'une hyperémie cutanée provoquant comme l'air chaud, une décongestion des organes profonds. La méthode par l'air chaud est moins dangereuse à manier.

Il est préférable de supprimer tout traitement interne (ioduré surtout) au cours des séances.

Il est intéressant de constater que l'auteur est un élève du Pr Léo de Bonn, qui a préconisé le traitement par l'air chaud de la tuberculose pulmonaire, dans le but *d'hyperémier* le poumon. Leo obtint une régression des symptômes accessoires (bronchite, emphysème, etc.), ce qui fit admettre à Cohn-Kindborg que l'air chaud n'agissait pas comme hyperémiant, mais bien comme décongestif. Il institua une série d'expériences sur des animaux qui lui démontrèrent que sa manière d'interpréter les faits était la bonne, et adopta en conséquence le traitement ci-dessus décrit pour les malades non tuberculeux.

E. VOGT.

Contribution à l'emploi de l'alcool dans la pneumomie, par FOCK (*Munch-Med. Woch*, 30 oct. 1906). — L'auteur a adressé à un certain nombre de cliniciens un questionnaire au sujet des indications de l'alcool dans la pneumonie, qu'il a choisie comme type morbide, parce qu'il semble plus facile d'étudier les effets de l'alcool dans cette maladie. Doit-on d'abord prescrire l'alcool dans tous les cas de pneumonie ou seulement dans des cas particuliers. Très peu de médecins donnent l'alcool dans tous les cas, certains ne le donnent dans aucun cas. La plupart tiennent une position intermédiaire et prescrivent l'alcool dans le cas de faiblesse générale, le collapsus, de fièvre intense, d'alimentation insuffisante, d'accoutumance à l'alcool.

Sous quelle forme et en quelle quantité doit-on donner l'alcool ? Les réponses ont été des plus variées ; si c'est l'eau-de-vie, on indique 150 à 300 grammes par jour. Mais on peut le donner aussi sous forme de vins généreux et de Champagne. La plupart des médecins sont d'avis de donner de l'alcool aux pneumoniques alcooliques. L'alcool devient nécessaire dans les menaces de collapsus, dans le délire et l'inanition.

A cette question : quelle action doit-on attendre de l'alcool ? Les uns ont répondue qu'il agit comme calmant, qu'il diminue la toux chez ceux qui n'y sont pas habitués, qu'il agit comme sudorifique et diurétique, et qu'il diminue la dyspnée. Mais la plupart le prescrivent parce qu'il agit favorablement sur le cœur. Si l'on admet que l'alcool est un excitant on ne peut le donner utilement que d'une façon temporaire, car on n'agit que d'une façon passagère sur la fonction, dont on n'augmente pas réellement l'énergie. Celui qui croit que l'alcool renforce le myocarde ou

les nerfs cardiaques ou les vasomoteurs, l'emploiera largement. Malheureusement les recherches faites jusqu'à présent ne donnent aucun point d'appui à cet opinion. Erb serait tenté de l'accuser d'aggraver le collapsus.

Les indications auxquelles l'alcool doit répondre sont de deux sortes. D'abord il doit améliorer la fonction cardiaque, de l'autre renforcer le tonus des petits vaisseaux. Le trouble de la circulation dans les maladies infectieuses peut être attribué à deux circonstances : soit à l'insuffisance de la fonction cardiaque, soit à l'affaiblissement du centre vasomoteur, comme dans les infections générales. Dans les deux cas l'alcool s'est montré efficace et il n'est pas démontré que l'alcool est un excitant.

Quant à remplacer l'alcool par d'autres médicaments, beaucoup reconnaissent que la chose est possible, mais ils ne voient aucun avantage à le faire à part la question pécuniaire. L'alcool est d'un emploi commode et peut être employé avec d'autres toniques cardiaques, le camphre, la digitale, la caféine, le thé, la saignée et l'eau froide. Un médecin anglais, le Dr Hay a déclaré que la mortalité des pneumoniques est 15 0/0 plus faible chez ceux qui n'ont pas reçu de l'alcool ; par contre, Smith ne voit aucune différence dans les deux manières, sauf que la convalescence a paru plus rapide sans alcool.

L'auteur pense que les pneumonies peuvent guérir aussi bien sans alcool et que celui-ci est certainement superflu en général. Mais il reconnaît aussi que la question est bien loin d'être tranchée et qu'on ne pourrait se faire une opinion que par de très nombreuses statistiques en tenant compte de toutes les conditions dans lesquelles on emploie ce médicament.

L. JUMON.

Sur l'emploi du camphre chez les phtisiques, par VOLLAND (*Munch. Med. W.* 23 oct. 1906). — Par des injections sous-cutanées d'huile camphrée, l'auteur a réussi à soutenir très longtemps un malade atteint d'accidents très intenses de collapsus cardiaque. Après avoir constaté l'efficacité du camphre dans la phtisie aiguë, il pensait compter sur une action favorable dans l'asthénie cardiaque chronique. Le pouls géminé et d'autres troubles du rythme cardiaque dans la phtisie sont souvent les conséquences de l'atonie et de l'estomac, ils disparaissent par conséquent habituellement lorsqu'on règle le régime. Dans d'autres cas d'arythmie, chez les phtisiques, les médicaments cardiaques ordinaires échouent souvent, parce qu'ils déterminent des troubles persistants de l'estomac. Dans quelques cas de tuberculose chronique il s'est produit après l'emploi du camphre une véritable transformation. L'auteur a pu constater d'une façon frappante une rapide disparition de l'infiltration des lobes inférieurs, aussi attribue-t-il au camphre l'éclaircissement de la matité qui se produit très souvent par cette médication ; dans les cas graves, celle-ci prolonge l'existence. Jamais on n'a observé d'action toxique. Les hématémèses ne constituent pas une contre-indication à l'emploi du camphre : dans six cas d'hémorragie stomacale, celles-ci s'arrêtèrent par la médication. L'action favorable dans la phtisie tient à l'influence du camphre sur la fonction cardiaque, qui agit en retour favorablement sur les organes digestifs, mais le camphre agit encore directement sur les organes malades. L'amélioration subjective précède souvent de longtemps l'amélioration des lésions. La quantité injectées se sont élevées jusqu'à 2.000 gr. en quinze mois chez un malade.

L. JUMON.

Influence des hypnotiques sur la température matinale de certains phtisiques, par SABOURIN (*Journ. des praticiens* 27 *oct.* 06). — L'auteur insiste sur les fausses fièvres matinales dues à ce fait que le malade a pris, la veille au soir, un hypnotique ou simplement un calmant. Toutes les préparations de ce genre, opiacés, sulfonal et congénères, sont susceptibles de produire des effets de ce genre, et ces effets se reproduisent à chaque ingestion nouvelle : l'accoutumance s'observe cependant dans quelques cas.

Comment expliquer ces faits ? Il ne faut pas oublier que beaucoup de tuberculeux présentent, au moment du réveil, une élévation thermique qui dure 15 à 30 minutes, sans doute due à des phénomènes de vasodilatation périphériques se manifestant au cours du sommeil. L'hyperthermie due aux médicaments offre le même caractère, aussi est-il bon de prendre, dans le cours de la matinée, à nouveau la température d'un malade ayant présenté de l'hyperthermie au réveil : on constatera alors très souvent un retour à la normale, et on n'immobilisera pas sans raison un sujet accoutumé à se lever.

E. VOGT.

Rétrécissement aortique, traitement, par R. Crawfurd (*The Practitionner, nov.* 1906). — Au point de vue anatomique et clinique il y a lieu de distinguer deux types d'obstruction aortique, un type artériel et un type cardiaque, suivant que la lésion qui devient l'origine de l'obstacle se développe sur l'aorte même ou au niveau des valvules. Dans le premier type la plupart des artères présentent des lésions athéromateuses.

Le traitement de l'obstruction aortique consiste surtout à favoriser la tendance naturelle à la guérison. Tant que la santé générale est bonne et que le rétrécissement n'a atteint qu'un degré modéré, l'évolution de l'hypertrophie compensatrice se développe suivant les besoins. Il est indiqué dans les cas d'agir de manière à soutenir la santé générale et à préserver le cœur de tout surmenage. Il est impossible d'arrêter les progrès de l'affection locale, et l'on ne peut avoir aucune influence sur eux, sauf dans les cas rares où l'origine syphilitique est démontrée être récente. En pareil cas les iodures et les mercuriaux prescrits d'une façon énergique peuvent être très avantageux. D'un autre côté si la tension artérielle est élevée, il est possible d'agir sur elle pour la modérer par un régime approprié, en agissant sur l'intestin et en utilisant les médicaments qui abaissent la tension artérielle. Lorsque la tension artérielle a atteint la période à laquelle se produit la dilatation secondaire, le repos doit être rigoureusement imposé et il faut s'efforcer d'épargner le travail au ventricule gauche. Dès lors la lutte devient inégale et la maladie continue à progresser. Le ventricule gauche se trouve dans la même position difficile que le ventricule droit dans les cas de sténose mitrale ; si on essaye d'augmenter son énergie on risque fort de l'épuiser rapidement. Tout ce que l'on peut faire est de réduire au minimum la dépense de forces et de combattre les effets de l'insuffisance cardiaque à mesure qu'ils se produisent.

L. Jumon.

Méthodes physiques du traitement des affections cardiaques, bains de Nauheim, par Arth. Bennett (*The Practitioner*, nov. 1906). — L'auteur résume ainsi les effets des bains de Nauheim dans les affections cardiaques. Ces bains produisent une dilatation générale des vaisseaux capillaires et des petits vaisseaux sanguins de la peau, dilatation qui est suivie d'un certain soulagement pour la contraction ventriculaire, le pouls se ralentit en même temps que les ventricules se vident plus facilement. Il se produit une augmentation dans le tonus des vaisseaux capillaires et probablement aussi dans la force de leurs contractions rythmiques, ce qui détermine une plus grande activité dans la circulation périphérique. La pression hydrostatique exercée sur l'abdomen a pour effet de relever les viscères abdominaux. Les bains déterminent une action nerveuse réflexe sur les ganglions cardiaques, par laquelle la contraction ventriculaire se trouve renforcée et régularisée. Les fonctions de la peau et des reins sont également accrues. Certaines actions trophiques sont enfin le résultat de ce traitement dans les cas d'anémie, de neurasthénie, d'ostéo-arthrite, de maladies de la moelle et dans quelques cas de paralysie périphérique.

On a donné comme contre-indications au traitement de Nauheim l'albuminurie, l'eczéma, la dyspepsie hépatique, l'œdème, la névrite périphérique et l'angine de poitrine. Cependant l'auteur n'a pas observé d'effets fâcheux dans les cas d'albuminurie consécutive à l'insuffisance cardiaque, non plus que dans la néphrite chronique interstitielle. Chez les sujets qui sont atteints d'eczéma, il sera prudent de recouvrir les lésions cutanées de vaseline avant d'entrer dans le bain, afin d'éviter les répercussions qui peuvent se produire à la suite, par exemple, la disparition rapide de l'eczéma. Dans l'angine de poitrine, l'auteur ne voit de contre-indication que si les accidents sont dus à la dilatation du ventricule droit et s'ils sont associés à l'asthme cardiaque avec douleur névralgique dans le bras droit. L'œdème a été donné comme une contre-indication, mais l'auteur n'a cependant pas observé d'effets fâcheux dans ces cas. On devra cependant s'abstenir si l'ascite est considérable.

L. Jumon.

Maladies du système nerveux

Dr P. Sainton

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Remarques concernant la neurasthénie et son traitement climatérique et balnéothérapique, par Romberg (*Deutsche med. Wochenschrift*, 20 septembre 1906). — La première régle thérapeutique consiste, dans cette affection, à limiter l'activité du systè-

me nerveux épuisé et à le fortifier par une alimentation appropriée. Dans les cas légers, on parvient au but, en traitant le malade à domicile, mais dans les cas graves, l'éloignement du milieu habituel est nécessaire : on consacrera dans ces cas quatre à six semaines à laisser reposer le système nerveux, et l'on n'entreprendra sa rééducation qu'à partir de ce moment.

La psychothérapie, que le praticien avisé a appliquée inconsciemment, de tout temps, au traitement de ces malades, sera soutenue par une cure tonifiante. C'est ici que l'on commet le plus facilement des erreurs préjudiciables au neurasthénique : on ne dose pas suffisamment les agents physiques, on en abuse le plus souvent, sans suivre une idée directrice. Il faut surtout aussi se garder de traitements locaux trop minutieux, dans la sphère génitale principalement.

Les diverses stations climatériques présentent toutes une action calmante et tonique à la fois, elles ne varient que dans le degré d'importance de l'un ou de l'autre de ces facteurs. Au-dessous de 1.200 mètres, l'action calmante domine ; le bord de la mer et les climats d'altitude sont en revanche plus toniques que calmants : souvent le système nerveux surmené est incapable de supporter l'excitation que cette seconde catégorie de stations provoque.

Les saisons sont en outre à considérer : en hiver, le bord de la Méditerranée pourra exercer une action calmante, et le séjour dans les stations d'altitude sera plus facilement supporté.

Le choix de la station est important : il faut que le malade puisse se reposer en paix, qu'il puisse suivre un régime approprié et ne pas être soumis à une réglementation trop sévère.

L'hydrothérapie est toujours un peu excitante : il ne faut donc rien brusquer : les bains à 33-35° n'exercent qu'une excitation minima, c'est donc à eux qu'on donnera en général la préférence au début. Mais il peut arriver que même ces bains épuisent les malades, et dans ces cas le bain d'air devra être choisi. Toutes les pratiques hydrothérapiques basées sur le mouvement de la colonne liquide, s'appliquent au traitement du neurasthénique susceptible d'être tonifié : on ne débutera donc pas par elles.

Toute addition de substances chimiques agit dans le sens de la tonification : pour les bains électriques, la gamme des influences est plus grande, car on peut, avec des bains galvaniques ou sinusoïdaux faibles, obtenir des effets calmants remarquables et amener peu à peu le malade à supporter les agents tonifiants.

Le criterium d'un traitement bien combiné est à chercher dans les sensations du sujet, qui doit se trouver toujours dans un état d'euphorie après chaque intervention. En tout cas, il ne faut jamais oublier la règle générale, d'éviter de vouloir trop faire. Les stations balnéaires disposent aujourd'hui de tous les perfectionnements techniques modernes, et le médecin n'a que trop souvent la tendance de vouloir en faire profiter largement son malade. L'épuisement du système nerveux ne fait alors qu'augmenter, tandis qu'un emploi judicieux et modéré de ces agents, donnerait un excellent résultat.

E. Vogt.

Traitement de la sciatique et des autres névralgies, par Lange (*Munch. med. Woch.*, 16 octobre 1906). — L'auteur, dans la sciatique, injecte 100 à 150 cc. d'une solution à 1 0/0 d'eucaïne et à 8 0/00 de chlorure de sodium dans les points des nerfs qui sont douloureux à la pression. Les complications de la sciatique, l'atrophie du membre, les contractures musculaires et la scoliose ne disparaissent que peu à peu. Mais le résultat a été remarquable même dans les cas chroniques. Au total, 86 0/0 des cas, au nombre de 36, ont été guéris par ce procédé. Le résultat est faible chez les hystériques et les neurasthéniques ; il est bon dans les cas où le refroidissement est la seule cause de la maladie. Dans un cas de névralgie intense du nerf crural, l'auteur a mis à nu le nerf et a injecté la solution directement dans son épaisseur. Un signe qui indique que le nerf a été atteint est la douleur fulgurante qui se produit pendant l'injection et la sortie d'une partie du liquide d'injection après avoir enlevé l'aiguille, par suite de la pression exercée par la gaîne du nerf. Les actions accessoires sont peu marquées.

La guérison a souvent lieu en trois jours. Dans les cas où la névralgie siège sur de petits nerfs, l'auteur injecte au voisinage du nerf environ 50 cc. de liquide.

L. Jumon.

Hémispasme facial guéri par une injection profonde d'alcool, par Abadie et Dupuy-Dutemps (*Arch d'Opht.*, février 1906). — Nouveau cas de guérison par ce procédé,

qui vient s'ajouter à ceux de Schlœser, de Valude et d'Ostwalt.

Même processus : d'abord paralysie totale du nerf, disparition immédiate à peu près complète du spasme facial, puis disparition de la paralysie et guérison définitive du spasme.

L. JUMON.

Névralgie paresthésique guérie par les injections sous-cutanées d'air, par JEAN ABADIE (*La province médicale*, 20 *octobre* 1906). — Dans un cas de névralgie paresthésique typique, datant de deux mois environ, l'auteur a vu, à sa surprise, une amélioration se produire immédiatement après une injection sous-cutanée d'air faite loco dolenti, d'après la méthode que Cordier a préconisée pour le traitement des névralgies en général ; la malade a guéri ensuite complètement après deux nouvelles injections d'air. Il s'agit d'une femme de 42 ans qui, à la suite de perturbations de la fonction menstruelle, est prise dans la sphère du nerf femoro-cutané gauche de paresthésies permanentes et de crises douloureuses à paroxysmes si fréquents et si intenses qu'elles gênent le sommeil et le travail. La seule cause qu'on puisse invoquer ici sont les perturbations menstruelles et des lésions salpingo-ovariennes du même côté. Le traitement consista à pratiquer au point le plus douloureux de la cuisse gauche une injection sous-cutanée de 1 litre d'air, suivie de massage et de pétrissage. Dans les vingt-quatre heures suivantes, il n'y eut aucun paroxysme douloureux. Le surlendemain il survint deux paroxysmes moins intenses provoqués par des quintes de toux. Les sensations paresthésiques ont diminué. On fait ensuite une deuxième injection d'un quart de litre d'air, suivie d'un massage plus léger que le premier. A la suite les paresthésies disparaissent complètement. Le sommeil revint et la malade put marcher et travailler sans ressentir aucune douleur. Quelques jours après on fit une nouvelle injection d'un demi-litre d'air. Dans les mois qui suivirent la guérison s'est maintenue complètement. La zone d'anesthésie s'est beaucoup réduite et un peu plus tard la sensibilité cutanée est redevenue normale. Le traitement a duré moins de huit jours et la guérison était encore complète plus d'un an après. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'une affection extrêmement rebelle contre laquelle on a essayé sans succès durable un grand nombre de médications, voire même la résection du nerf fémoro-cutané qui n'a donné que des guérisons courtes avec retour des phénomènes douloureux.

L. JUMON.

La céphalée d'origine rénale, par R. SAUNDRY (*The Practitioner*, juillet 1906). — On peut supposer que la céphalalgie est fréquente dans toutes les formes du mal de Bright, mais elle est plus grave et plus caractérisée dans les dernières périodes du rein contracté. La céphalée rénale typique est occipitale, bien que beaucoup de malades se plaignent d'une céphalalgie frontale. On sait que chez les personnes goutteuses, le mal de tête est fréquent et cette fréquence n'est pas diminuée lorsque la goutte est accompagnée d'albuminurie. Si la céphalalgie est occipitale dans l'albuminurie goutteuse, on peut croire à l'existence du mal de Bright.

Cette céphalée typique dépend de l'urémie. Dans un cas, cette céphalie survint subitement accompagnée d'une cécité brusque chez un jeune homme de 18 ans qui jouait au foot-ball. A l'examen, on trouve une neuro-rétinite étendue. Ce jeune homme succomba cinq mois après la perte subite de la vue.

Le traitement de la céphalée rénale, doit être celui du mal de Bright, mais les symptômes indiquent formellement une alimentation non azotée, des purgations et des bains de vapeur.

L'amélioration occasionnelle du mal de tête après une hémorragie accidentelle a suggéré l'idée d'appliquer la saignée à ces cas. Celle-ci apporte un soulagement, mais qui n'est pas de longue durée. Une médication assez simple qui donne habituellement un soulagement temporaire est la poudre effervescente de phénacétine ou de caféine. La trinitrine peut donner un résultat, le plus souvent transitoire.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Opérations naso-pharyngiennes au moyen du tubage peroral, par FRANZ KUHN (*Arch. internat. de laryngol. Juillet* 1906).

L'ablation des grosses tumeurs de la cavité naso-pharyngienne peut se faire par le nez, par la bouche ou à travers la face.

Dans la méthode nasale on peut ou fendre et rabattre temporairement la charpente des parties molles du nez ou réséquer les parties osseuses.

Dans les méthodes faciales on fait l'ablation temporaire ou définitive du maxillaire supérieur.

Les méthodes buccales se divisent en deux groupes collectifs suivant qu'elles exigent ou évitent la section de la portion alvéolaire du maxillaire supérieur. Le premier groupe comprend deux subdivisions suivant que la mâchoire supérieure est fendue longitudinalement ou transversalement.

Dans l'étude comparative de ces divers procédés il faut considérer la facilité d'exécution, le degré de la lésion, le danger de l'intervention, enfin la nécessité ou l'inutilité des opérations complémentaires et des opérations préalables comme la tracheotomie, la ligature de la carotide. Les méthodes nasales sont insuffisantes et ne donnent pas un accès suffisant vers la voûte pharyngienne.

Les méthodes faciales permettent de se rapprocher du point d'insertion de la tumeur mais elles produisent une défiguration regrettable ; de plus elles rendent souvent la trachéotomie nécessaire. Il ne reste donc que les méthodes buccales dont les procédés actuels exigent des modifications.

L'auteur préconise le tubage péroral qui est un moyen sûr contre l'hémorrhagie et l'aspiration des liquides au cours de l'opération.

Le tamponnement autour du tube doit être fait profondément à l'entrée du larynx ; l'index droit introduit dans l'œsophage une longue compresse mouillée, pliée en ruban et dont le bout est retenu par un fil de soie ; l'autre main contrôle du dehors le tamponnement.

Après ce tamponnement préparatoire, il est facile de se rendre maître de l'hémorragie, la bouche étant maintenue largement ouverte.

A. COURTADE.

Une nouvelle opération pour les cas extrêmes de déviation de la cloison, par PRICE BROWN (*Arch. intern. de laryng.*, septembre 1906).

Nombreux sont les procédés préconisés pour redresser la cloison, parmi ceux-ci, la résection sous-muqueuse du cartilage dévié a été généralement acceptée comme l'opération par excellence ; elle ne donne pas que des succès, même entre des mains habiles, puisqu'elle laisse 12 0/0 de perforations permanentes d'après son inventeur ; un autre opérateur avait 20 0/0 de perforations ; un 3e chirurgien a eu 6 cas de perforations sur 15 interventions. Cette ouverture de la cloison n'est pas sans inconvénient et même dans les cas de réussite, l'affrontement des deux muqueuses, non soutenues par le cartilage intermédiaire, n'offre qu'une cloison bien fragile. Dans les interventions il faut donc viser à conserver le cartilage qui assure la rigidité de la cloison.

Dans les cas de déviation extrême de la cloison l'auteur pratique du côté convexe, en haut et en bas de la saillie, une incision oblique, traversant les deux muqueuses et le cartilage et séparées par un intervalle d'environ 12 m/m. à leur extrémité ; ces deux incisons horizontales sont réunies par une incision verticale qui dépasse même leurs limites ; comme les précédentes elle est pratiquée très obliquement par rapport à la normale de la muqueuse ; ce qui fait que cette méthode pourrait être appelée l'opération en H.

Cela fait, comme les lèvres des plaies sont taillées en bec de flûte, on peut avec une spatule d'abord, puis le doigt, redresser la saillie de la courbure ; une fois redressée et aplatie on maintient cet état par l'introduction dans la fosse nasale qui était obstruée, d'une lame épaisse de caoutchouc.

Dans l'observation qui est relatée, le malade est opéré sous le chloroforme ; la plaque de caoutchouc n'est enlevée que le 25e jour, lorsqu'elle n'est plus serrée.

La fosse nasale est large et d'aspect normal ; il n'y avait pas trace d'ulcération et la soudure cartilagineuse était complète. La respiration est libre et égale des deux narines.

A. COURTADE.

Un nouvel anesthésique local employé en rhino-laryngologie, l'alipine, par RAOULT et PULLEMENT (*Arch. intern. de laryng., septembre* 1906).

L'alipine dérivé de la stovaïne est une poudre blanche, cristalline, très soluble dans l'eau. D'après les auteurs, son action est tout à fait comparable à celle de la cocaïne. Une solution concentrée faite au moment du besoin, employée en badigeonnage produit une anesthésie durable en 3 mi-

nutes ; 6 à 8 centigrammes suffisent pour obtenir ce résultat. La muqueuse devient rouge, turgescente ; on empêche cet effet en ajoutant 1 à 2 gouttes de la solution d'adrénaline à la solution d'alypine.

Cette propriété légèrement vaso-dilatatrice est un avantage quand il s'agit de queues de cornet à enlever.

En laryngologie l'alipine permet de pratiquer des cautérisations laryngées avec l'acide lactique, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent. Mais pour le curettage, l'ablation des nodules vocaux, la cocaïne est préférable.

L'alipine n'a pas donné lieu au moindre phénomène toxique, pas d'accélération du pouls, pas de pâleur du visage, de refroidissement des extrémités, ni de défaillance.

En résumé pour la rhinologie, l'alypine est un excellent succédané de la cocaïne, mais outre son pouvoir anesthésique égal, elle présente une toxicité moindre, ce qui permet des interventions plus étendues.

A. COURTADE.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr MOREL-LAVALLÉE

Médecin des hôpitaux

Traitement de la syphilis par les sels d'argent, par KABLINSKI (*Heilkunde* n° 9, 1906). — L'auteur a eu l'occasion de soigner, en Bosnie, de nombreux syphilitiques porteurs de lésions tertiaires ulcéreuses : il a pu constater par des essais comparatifs que ces lésions guérissaient en 21 jours en moyenne en détergeant les plaies avec une solution d'itrol et en appliquant sur elles des pastilles au collargol, maintenues au moyen d'emplâtre à base de collargol. On ne fit pas de médication interne.

Une seconde série de malades prit à l'intérieur de l'iodure de potassium, à la dose de 3 à 4 gr. par jour : les lésions furent détergées à l'acide phénique, et saupoudrées d'iodoforme qu'on maintint en place au moyen d'emplâtre mercuriel. La guérison exigea en moyenne 7 semaines.

La médication par les frictions d'onguent napolitain ou les injections de sels de mercure n'est pas praticable, par suite de préjugés locaux.

E. VOGT.

Traitement de quelques dermatoses prurigineuses par la radiothérapie, par BELOT (*Arch. d'électr. médicale*, 10 *octobre* 1906). — L'auteur se basant sur une série d'observations, constate que la radiothérapie judicieusement appliquée à certaines dermatoses prurigineuses donne des résultats suffisamment nets et constants pour retenir l'attention non seulement des dermatologistes, mais aussi de tous les praticiens. Les rayons X deviennent ainsi un précieux médicament capable d'améliorer et même de guérir des lésions contre lesquelles la thérapeutique habituelle se déclare ordinairement impuissante. Cette double action sur le prurit et sur la dermatose qui l'accompagne, le précède ou le suit est encore insuffisamment connue.

Les doses nécessaires et suffisantes sont relativement faibles, le nombre des applications peu élevé ; on n'a donc pas à redouter ces accidents cutanés à longue échéance signalés par quelques auteurs.

E. VOGT.

Technique et indications du traitement de l'hypertrichose par les rayons X., par E. ALBERT-WEIL (*Journ. de physiothérapie*, 15 *septembre* 1906). — Dans une première série de séances, on doit chercher à faire tomber tous les poils ; on fera donc absorber successivement à chaque segment de la peau atteinte une quantité de rayons X égale ou inférieure à la dose limite faisant tomber les poils sans réaction ni érythème : on obtient ainsi en 15 ou 20 jours une dépilation à peu près complète. Chaque mois, pendant un an, on recommence les irradiations comme ci-dessus : la 2e année, on fait une ou 2 séries pendant les 6 premiers mois. Si le malade se contente de guérisons temporaires, il suffira de séries de séances par an.

La méthode réussit surtout dans les cas de barbe complète. Les malades qui ont tout leur duvet du visage transformé en poils, serrés et rudes, celles qui se rasent ou s'épilent, sont toutes guéries par la radiothérapie ; celles par contre qui ont simplement un duvet long un peu teinté trouvent parfois moins d'avantages à l'emploi des rayons X ; car si 4 unités H suffisent à faire tomber un poil, elles ne peuvent toujours faire tomber un duvet ; et comme l'on ne saurait faire absorber à la peau en une fois une quantité supérieure de rayons sans déterminer un érythème, l'on conçoit que la méthode peut ici être inapplicable.

Il en est également ainsi dans les cas où

les dames à traiter ont simplement quelques poils isolés au milieu d'un duvet assez long : il est du reste plus simple en ces circonstances de recourir à l'électrolyse qui pourra être vivement pratiquée et qui ne nécessitera qu'un nombre restreint de séances.

Pour les lèvres, il semble préférable à l'auteur de choisir l'administration massive, en une ou 2 fois, à 5 à 6 jours d'intervalle.

E. VOGT.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

La blennorragie, maladie sociale, par G. COLIN (*Paris, J. B., Baillière*, 1906). — Ce livre, remarquablement écrit et documenté, est une étude très complète et très consciencieuse de la blennorragie envisagée au triple point de vue moral, social et médical. Mais c'est surtout le côté social de la question que l'auteur s'est efforcé de mettre en lumière : il a voulu faire pour la blennorragie ce que Fournier a fait pour la syphilis : il a voulu montrer les ravages non moins épouvantables que pouvait faire la blennorragie dans la société : le tableau est d'ailleurs fait de main de maître et digne d'inspirer un Brieux.

La blennorragie est considérée à tort comme une affection bénigne et cependant elle est aussi redoutable que la syphilis : elle constitue comme elle un véritable péril social : elle occupe le premier rang dans l'étiologie des maladies urinaires ; ses complications sont multiples, souvent graves, quelquefois mortelles. Il faut donc combattre énergiquement ce préjugé répandu dans le public que la blennorragie est une maladie bénigme et négligeable : il faut que le médecin fasse comprendre au malade les dangers qu'il fait courir à la famille et à la société en ne se soignant pas jusqu'à la guérison complète. Des conseils sages et précis sont donnés au praticien sur la conduite à tenir lorsqu'il est consulté par des blennorragiques mariés : beaucoup de tact et de prudence sont nécessaires dans certains cas et pourront éviter bien des catastrophes, bien des drames. Il faut se garder d'être enclin à la complaisance et à l'optimisme lorsqu'on est consulté par un fiancé qui garde encore quelque tare douteuse : il faut être absolument sûr qu'il n'est plus contagieux pour lui permettre le mariage, car les complications de la blennorragie chez la femme sont souvent mortelles, et si la syphilis provoque l'avortement, la blennorragie provoque souvent la stérilité.

Les complications de la blennorragie sont énumérées d'une façon très complète chez les deux sexes, et un chapitre traite du diagnostic ; tous les moyens propres à déceler le gonocoque dans ses moindres repaires sont décrits, ainsi que la technique de sa recherche au point de vue bactériologique : les conditions d'admissibilité au mariage sont fixées d'une façon précise.

L'ouvrage se termine par un chapitre de prophylaxie, chez l'homme, chez la femme et chez l'enfant : l'auteur insiste sur la prophylaxie médiate qui doit consister à faire connaître au public les dangers de la blennorragie.

Cet ouvrage restera un guide moral et médical sûr et précis, utile à consulter pour le praticien appelé souvent à trancher des questions considérées trop légèrement par les malades, et cependant d'une délicatesse et d'une importance considérables au point de vue social : l'expérience personnelle, la probité et la sagacité professionnelles de l'auteur sont les meilleurs garants de la valeur morale et scientifique de ce livre.

M. DESCHAMPS.

Ectopie testiculaire et ses complications, (15e *Congrès français de Chirurgie*). — Bien que la pathogénie ne se soit guère éclairée au jour des discussions qui se sont poursuivies sur ce sujet, M. VILLAR (*rapporteur*) est d'avis que l'absence de lésions du système nerveux centres permet de ranger l'ectopie testiculaire dans le cadre très général des *dégénérescences*.

La glande génitale ectopiée est sujette à des complications : la *torsion* du cordon spermatique et la production fréquente de *néoplasmes*. Le premier de ces accidents peut aller de la tuméfaction passagère à l'inflammation de la glande génitale, au milieu de symptômes généraux : l'organe se sphacèle. Le second a été reconnu assez fréquent dans ces derniers temps.

Le *traitement* doit être considéré aux divers âges, d'une manière particulière. Jusqu'à l'âge de 4 ans, les moyens orthopédiques, les massages seront seuls employés. On abaisse ainsi la glande et on la mobilise dans une certaine mesure. Dans la seconde enfance, M. Villar pense qu'il n'y a

pas lieu de se hâter d'intervenir, sauf le cas de *hernie*, qui est une indication formelle. Ce n'est qu'à la puberté, l'affection étant alors définitive, qu'il y aura lieu de la traiter chirurgicalement. L'*orchidopexie* constitue le traitement de choix. Que peut-on attendre de cette opération ? Un soulagement, puisque le malade ne souffrira plus de la compression du testicule dans le canal inguinal, et l'effet moral qui se passe de commentaires. Mais on ne saurait espérer améliorer l'activité glandulaire, qui demeure nulle, de sorte que l'ectopie double condamne le sujet à la stérilite, les testicules fussent-ils remis dans leur loge scrotale. Comment traiter les complications, notamment la torsion ? Il faudra le plus souvent, sauf lorsqu'on intervient tôt et qu'il y a peu d'adhérences, enlever la glande dont la vitalité est trop menacée. Lorsqu'il y a *hydrocèle* concomitante, l'indication est la même que pour la hernie, et l'on pourra dans quelques cas seulement, tenter l'abaissement du testicule. Enfin, s'il y a dégénérescence néoplasique, la castration, bien entendu s'impose.

M. Souligoux (de Paris), *co-rapporteur*, tient à faire une distinction qui s'appuie sur l'étude histologique du testicule ectopié. Le rôle physiologique du testicule, mieux étudié aujourd'hui, est double, comme la glande elle-même : la glande spermatique rend le sujet apte à la fécondation ; la glande interstitielle lui assure les caractères virils. Or, si la première est abolie dans le testicule ectopié, la seconde persiste. Il faut donc pencher toujours vers la conservation, d'autant que le testicule bien fixé dans le scrotum a pu souvent se développer assez notablement. Et, dans la *cryptorchidie*, s'il n'est pas possible de faire descendre les testicules dans les bourses, il vaut mieux les réduire dans l'abdomen, pour ne pas faire du sujet un eunuque absolu. L'A. est donc partisan de la conservation dans tous les cas, sauf celui d'étranglement grave.

Le traitement conservateur comporte deux temps : suppression de la hernie, qui à un degré quelconque est en effet constante, et fixation du testicule dans le scrotum. On a conseillé, dans les cas difficiles, la résection des vaisseaux spermatiques (L. Championnière, Mignon, Walther) et montré que le sphacèle ou l'atrophie complète n'en sont pas les suites nécessaires. M. Souligoux préfère se contenter d'un abaissement moindre et fixer la glande dans la partie supérieure du scrotum, si le cordon est trop court. Lorsque l'abaissement complet est possible, quelle est la meilleure manière de le maintenir ? C'est d'abord de suturer le cordon aux pilirs et au pubis, à cause de la rétraction des éléments funiculaires. M. Peyrot et l'auteur emploient la fixation étagée du cordon du haut en bas du scrotum, les fils cheminant sous la peau scrotale. Cette pratique est assez voisine de celle de M. Kirmisson, qui transforme le cordon en une tige rigide, en plaçant des sutures depuis le canal jusqu'au testicule, à travers tous les tissus fibreux qui l'entourent. Les procédés de fixation à la cuisse, au périnée sont compliqués, parfois dangereux, et ne donnent pas des résultats meilleurs. M. Souligoux, à l'inverse du précédent orateur, et se fondant sur les observations qui prouvent le développement de la glande libérée, conseille d'opérer sans attendre la puberté, c'est-à-dire entre 6 et 8 ans, lorsqu'on n'a rien obtenu par le massage .On doit opérer plus tôt avec des hernies scrotales concomitantes.

M. Giraud et M. Kirmisson ne sont pas d'accord sur l'opportunité de l'opération encore plus précoce. Le premier voit un double avantage à cette manière de faire : empêcher la hernie de croître et permettre à la fonction spermatogénique de se développer. M. Kirmisson trouve très délicate cette intervention chez les tout jeunes enfants et craint qu'en l'adoptant, on ne fasse des opérations inutiles, la migration devant s'achever d'elle-même dans bien des cas. M. Depage cite un cas curieux de vitalité testiculaire : obligé d'enlever la glande pour pouvoir faire la cure radicale de la hernie, il la réimplanta dans le scrotum et obtint un résultat esthétique parfait.

M. Forgue (de Montpellier) veut que l'on pousse très haut au-dessus de l'orifice interne du canal, vers la fosse iliaque, le décollement séro séreux des vaisseaux spermatiques, après avoir incisé la séreuse transversalemnt au-dessus du testicule, de manière à avoir un *lambeau supérieur*, sous lequel on remonte pour libérer les éléments du cordon, et un *lambeau inférieur*, qui, reployé au-dessus du testicule, constituera la vaginale. Cette manière de faire, lorsqu'elle est complètement réalisable, est en effet très séduisante. Pour la fixation, l'A s'en réfère aux procédés exposés par les rapporteurs, c'est-à-dire que *l'orchidopexie* doit toujours être complétée par la *funiculopexie*. M. Walther fixe le testicule ectopié dans la loge du testicule sain, à travers une ouverture de la cloison,

procédé qui ne semble pas avoir d'autre mérite que celui de la singularité.

Résultats éloignés : de l'ensemble des dépositions qui ont été faites à ce sujet par divers orateurs, il résulte que les résultats les meilleurs l'emportent, soit que l'on ait vu le testicule se maintenir en bonne place, soit qu'on ait histologiquement constaté la nature fécondante du sperme. La santé générale des sujets s'est toujours améliorée, les douleurs de l'hypochondrie ayant disparu. Mais dans beaucoup de cas, le testicule est plus ou moins remonté, allant parfois jusqu'à l'orifice externe du canal. Il y a lieu d'abaisser la limite d'âge indiquée dans les rapports.

M. Coudray (de Paris), voudrait que l'on recherchât systématiquement cette malformation chez les enfants. On pourrait plutôt leur appliquer le *traitement orthopédique*, qui demeure indiqué et donne de bons résultats jusqu'à l'âge de onze ou douze ans au maximum. Ce traitement comporte des *manœuvres externes* méthodiques d'abaissement, utilisables même dans l'ectopie abdominale. On termine par l'application du *bandage en fourche*, dont il n'a eu qu'à se louer.

A. Benoit.

Cure radicale ambulatoire de l'hydrocèle, par Magrassi (*Gaz. degli Ospedali*, 3 sept. 1906). — L'auteur préconise la cure radicale de l'hydrocèle par le procédé de Lévis. Après avoir désinfecté le scrotum, on ponctionne et on injecte dans la cavité vaginale trois à cinq centimètres cubes d'une solution alcoolique saturée d'acide phénique :on malaxe le scrotum pour que le liquide prenne contact avec toute la surface de la vaginale : on fait reposer le malade un quart d'heure et on le renvoie avec un suspensoir.

La réaction inflammatoire dure à peu près un mois, après quoi le malade est guéri radicalement sans avoir eu besoin de garder le lit et sans avoir éprouvé beaucoup de douleur. Ce procédé réussit même dans les cas où les injections ordinaires ont échoué.

M. Deschamps.

Urétéro-rectostomie, par Wills (35e *Congrès de l'Assoc. allemande de chirurgie*). — L'auteur présente un malade auquel il a fait une large résection de la vessie pour tumeur maligne : la vessie étant impossible à reconstituer, les deux uretères furent abouchés dans le rectum.

L'opération a été faite il y a un an et demi : actuellement, le malade n'urine que toutes les trois heures dans le jour, et peut dormir pendant huit heures de la nuit sans être obligé d'évacuer l'urine de son rectum.

M. Deschamps.

Pharmacologie

Dr E. VOGT

Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Injections indolores de sels hydrargyriques solubles, par Mayer (*Deutsche med. Wochenschrift*, 11 *octobre* 1906). — L'auteur recommande la sublamine (éthylènediamine de sulfate de mercure), en injections intramusculaires. Il formule :

Sublamine	1 gr. 12
Novocaïne	0 gr. 45
Eau dist. ad	10 gr.

Us. ext. Solution faible.

Ou encore :

Sublamine	0 gr. 56
Novocaïne	0 gr. 30
Eau dist. ad	30 gr.

Us. ext. Solution forte.

Chez plus de la moitié des malades, au nombre de plusieurs centaines, la douleur fut nulle : un tiers se plaignit d'une sensation de pression, un sixième accusa un état parétique et des douleurs légères.

On n'observa jamais d'accidents accessoires : les effets thérapeutiques sont équivalents à ceux du sublimé, si l'on tient compte du fait qu'une quantité de 1,7 de sublamine équivaut à 1 de sublimé.

E. Vogt.

Contribution à l'étude clinique du salicylarsinate de mercure (énésol), par Loquin (*Thèse de Lyon* 1906). — Ce composé mercuriel injectable est obtenu en traitant le salicylate basique de mercure en suspension dans l'alcool par l'acide méthylarsinique. Son élimination se fait par les urines : il ne provoque aucune altération rénale. L'auteur a choisi, après divers essais, le point de Smirnoff (fossette rétrotrochantérienne), comme région de choix pour les injections, qui sont faites lentement dans la masse musculaire.

Plus de 400 injections faites ont démontré que ce traitement n'est pas douloureux :

il n'a donné que 2 fois naissance à des nodosités n'ayant persisté que 3 ou 4 jours. On a enregistré un seul cas de gingivite chez une malade ayant négligé les soins de la cavité buccale.

Les doses par injection sont de 0,03 gr. à 0,06 gr. : on fait ces injections par séries de 10, à raison d'une fois par jour ou espacées, à dose maxima de 0,06 gr., tous les 5 jours.

L'énésol semble avoir une action élective pour l'élément nerveux : son innocuité le fera choisir de préférence pour le traitement des enfants syphilitiques.

L'auteur dispose de 40 observations démontrant que ce sel doit être, au point de vue de l'efficacité thérapeutique, rangé dans la catégorie des bons sels mercuriels.

E. Vogt.

Expériences cliniques concernant le proponal, par Sghirbach (*Deutsche med. Wochenschrift*, 27 *septembre* 1906). — Le proponal (dipropylmalonylurée), est un proche parent du véronal ; il est peu soluble dans l'eau, presque insipide. Cet hypnotique a été essayé sur 43 malades de la clinique psychiatrique de Bonn : chez les sujets de ce genre, les doses usuelles sont en général insuffisantes pour provoquer le sommeil (dose maxima 0,80 gr.). L'auteur n'a jamais observé de phénomènes accessoires désagréables, même chez 2 cardiaques gravement atteints.

En résumé, dans l'insomnie simple, une dose de 0,30 à 0,50 gr. suffit pour provoquer au bout d'un temps variant de 15 à 60 minutes un sommeil paisible durant de 5 à 9 heures. Comme l'accoutumance s'observe avec la plupart des hypnotiques, l'introduction du proponal dans la thérapeutique est avantageuse : son prix est malheureusement assez élevé.

E. Vogt.

Sur la digalène, par Eberhard Veiel (*Munch. Med. Woch.* 30 oct. 1906). — De ce travail clinique, il résulte que la fréquence du pouls a été abaissée dans 7 cas sur 14 par les injections intraveineuses de digalène. La pression sanguine a été augmentée d'une façon définitive dans 4 cas, d'une façon passagère dans 2 cas, elle n'a pas été influencée dans 4 cas. Le médicament donment a donné une amélioration générale persistante dans huit cas. Le résultat dans quelques cas a été absolument surprenant. La cyanose intense, l'angine de poitrine et les symptômes pénibles ont disparu comme par enchantement. En considérant les cas où la digalène a échoué, il s'agissait d'une angustie générale du système artériel, d'une pneumonie portant sur tout le poumon droit, enfin de lésions cardiaques tenant à l'alcool et à l'emphysème subsistant depuis longtemps. Le plus souvent l'auteur a injecté 5 cc. mais il a obtenu aussi de beaux résultats avec de petites doses de 1 cent. cube. En résumé, dans les cas d'asthénie cardiaque aiguë la digalène injectée dans les veines est un médicament précieux dont on ne saurait négliger l'emploi. Elle a le grand avantage de pouvoir être donnée dans les maladies infectieuses immédatement avant la crise.

L. Jumon.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Organisation des services de désinfection. — *Le Journal officiel* du 19 juillet 1906 a inséré un décret portant règlement d'administration publique sur les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection.

En vue d'assurer l'organisation et le fonctionnement de ce dit service, aussi bien dans les villes de plus de 20.000 habitants où un bureau d'hygiène doit être organisé, que dans l'ensemble des communes de moins de 20.000 habitants placés, au point de vue de l'hygiène, sous la dépendance d'un service départemental dont la loi sur la santé publique prescrit la création, le Ministre de l'intérieur vient d'adresser aux préfets une circulaire leur rappelant de prendre toutes les mesures dépendant d'eux pour préparer dans le plus bref délai possible la mise en œuvre de la loi.

Lariboisière. — Service de M. Sébileau (*Oto-rhino-laryngologie*). — M. Sébileau, avec l'assistance de MM. Gibert et Lemaître, fera une série de vingt conférences cliniques avec examen et présentation de malades. Ces conférences auront lieu le matin à 8 heures. Droit à payer : 50 francs. S'inscrire salle Davaine, tous les matins. Ce cours commencera le 7 janvier 1907.

Clinique médicale de l'hôpital Laënnec. — M. le professeur LANDOUZY a repris son service le lundi 5 novembre 1906 et commencera ses leçons de clinique le vendredi 16 du même mois, à 10 heures du matin (à l'amphithéâtre de la clinique médicale), et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Visite et examen des malades, tous les matins à 9 heures. Salles Guersent (crèche), Chomel (hommes) et Broca (femmes).

Lundi, à 10 heures : Consultation : diagnostics et ordonnances commentés ; mardi, vendredi, à 10 heures : leçon clinique ; jeudi, à 10 heures : conférences pratiques d'auscultation ; samedi, à 10 heures : conférences de thérapeutique et de diététique.

Clinique thérapeutique. — M. le professeur ALBERT ROBIN a commencé, à l'hôpital Beaujon, son *Cours de clinique thérapeutique* le jeudi 8 novembre 1906, à 10 h. du matin, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Clinique ophtalmologique. — M. le professeur F. DE LAPERSONNE a commencé, à l'Hôtel-Dieu, son *Cours de Clinique ophtalmologique* le vendredi 9 novembre 1906.

Ordre du service. — Lundi, à 9 heures : Policlinique (salle de consultation). — Mardi, à 9 heures : Opérations et visites dans les salles. — Mercredi, à 10 heures : Examens ophtalmoscopiques. — Jeudi, à 9 heures : Opérations et visite dans les salles. — Vendredi, à 10 heures : Leçons cliniques (amphithéâtre Dupuytren). — Samedi, à 10 heures : Laboratoire. — Tous les matins, à 9 heures : Consultation externe.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur ROGER a commencé son cours le jeudi 8 novembre à 4 heures (petit amphithéâtre de la Faculté). Il traitera des maladies infectieuses et a consacré sa première leçon à l'exposé des *Travaux récents sur la tuberculose et le cancer.*

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Merklen, médecin de Laënec, Hippolyte Martin, médecin de Bichat, et Floquet, médecin du palais de Justice.

BIBLIOGRAPHIE

L'ataxie tabétique, ses origines, son traitement par la rééducation des mouvements par le Dr H. S. FRENKEL, directeur de l'établissement pour la rééducation motrice à Heiden (Suisse). Traduit de l'allemand par le Dr Van Biervliet (de Bruxelles). Préface de M. le Professeur Raymond, 1 vol. grand in-8 avec 132 figures dans le texte, 8 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Le livre que M. le Dr S. Frenkel publie aujourd'hui sur l'« ataxie tabétique » est le résultat de longues et patientes études poursuivies pendant des années. Il contient la substance, le résumé des importants travaux qu'à diverses reprises l'auteur a consacrés à cette question.

L'ouvrage se divise en deux grands chapitres. Dans le premier, partie générale, sont passés en revue successivement, après l'historique du traitement par l'exercice, les formes de l'ataxie tabétique, la coordination, l'idée d'appropriation dans les mouvements du corps ; la définition de l'ataxie; ses causes, les divers modes d'exploration des sensibilités superficielles et profondes, la recherche de l'ataxie ; l'hypotonie musculaire dans les tabes ; l'influence de l'hypotonie sur l'attitude ; l'importance diagnostique de l'hypotonie ; le rapport entre les troubles sensitifs et l'ataxie, la théorie de l'ataxie tabétique. En fait, ce chapitre comporte une série de notions théoriques des plus intéressantes.

Le deuxième chapitre est la partie technique du libre. Il a surtout pour but de fournir au médecin des données pratiques qu'il puisse utiliser lui-même.

Le Dr Frenkel a été le promoteur de la méthode nouvelle. Ses consciencieuses études mises au point dans ce livre, ont fait faire un progrès notable au traitement des tabes. Nous ne saurions trop engager les médecins soucieux de se tenir au courant de l'importante question du tabes, à le lire et à le méditer. Cette lecture sera tout profit pour eux.

PARIS. — G. CAMPROGER, 52, R. DE PROVENCE. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

IIe Congrès international des « Jardins ouvriers ». — Ce Congrès s'est tenu à Paris les 9, 10 et 11 novembre dans la grande salle du Musée social, rue Las Cazes.

Vendredi 9 : Séance d'ouverture, à 5 heures du soir. Président : M. Méline, sénateur, ancien président du conseil des ministres. *Statistique des jardins ouvriers. Moyens de propagande.*

Samedi 10 : 2e séance, à 9 heures du matin. Président : M. l'ingénieur Reaumaux, directeur général des mines de Lens (P.-de-C.). *Les jardins ouvriers et l'Industrie. Jardins scolaires.*

3e séance, à 2 heures de l'après-midi. Président : M. le conseiller Bielefedt, de Berlin. *Les jardins ouvriers et l'horticulture.*

4e séance, à 5 heures du soir. Président : Mgr. Amette, coadjuteur de l'archevêque de Paris. *Les jardins ouvriers et les initiatives privées.*

Dimanche 11 : 5e séance (*séance médicale*), à 9 heures du matin. Président : M. Grancher, de l'Académie de médecine. *Les jardins ouvriers et l'hygiène.*

PROGRAMME DE LA SÉANCE. — PREMIÈRE PARTIE : *Résultats hygiéniques des jardins.* — Jardins ouvriers : Jardins ouvriers français, étrangers. Populations jouissant d'un coin de terre ou d'un jardin. Populations du littoral du Nord, des îles de Bretagne.

DEUXIÈME PARTIE : *Jardins des villes.* — Dans l'intérieur des maisons : Jardins, cours, maisons surpeuplées. — A l'extérieur des maisons : Jardins corporatifs ou des mutualités (jeux de paume, d'arc, de boules, de bouchons). Jardins publics, espaces libres, remparts. — A la recherche du jardin. — Les enfants : Préservation de l'enfance. Colonies scolaires. — Les familles : Colonies agricoles. — Les groupes ; Exurbanisation de l'industrie, des collèges, lycées, casernes, établissements publics. — Conclusion : Assainisement des villes.

TROISIÈME PARTIE : *Jardins et coins de terre à la campagne.* — Dots terriennes : Jardins de retraite ouvrière (parts de marais, de prairies, de bois, de champs communaux). — Relais de mer. — Conclusion : peuplement des campagnes.

QUATRIÈME PARTIE : *Les jardins dans la lutte contre la tuberculose :* Jardins et dispensaires. Jardins et aérium. Jardins et sanatorium. — L'alcoolisme : Préservation, cure. — La mortalité infantile : Préparation éloignée (la jeune fille). Puériculture intra-utérine (la femme grosse). Puériculture extra-utérine (la mère nourrice). — La débilité générale : Hygiène, massage. Activité physiologique, Maladies par ralentissement de la nutrition. — Conclusion : Extinction du paupérisme.

L'après-midi, l'assemblée générale présidée par M. Mesureur, directeur général de l'Assistance publique à Paris. *Les jardins ouvriers et les pouvoirs publics.*

Nota. — Dans ces deux dernières séances, il n'y a pas eu de lectures de rapports, mais seulement des propositions de vœux et des vœux votés après délibérations et discussions.

Le soir, à 8 heures, séance de clôture dans la salle de la Société d'horticulture, 84, rue de Grenelle.

Présidents : M. Jesse Collings, membre du Parlement britannique. — Allocution de M. l'abbé Lemire. — Rapport de M. R. Picot sur le Congrès. — Discours de M. Ribot, député, membre de l'Académie Française.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers : MM. les docteurs Binet, Joubin, Manson, C.-J.-E. Renault, Sauvez (de Paris), Charpentier (de Nancy), Sourbès (de Mézin), Dodieau (médecin militaire).

DÉCORATIONS ACADÉMIQUES. — Sont nommés : *Officiers de l'instruction publique.* — MM. les docteurs Dauriac (de Paris) ; Bollet (de Trévoux) ; A. Malsang (de Champeix) ; Roulet (de Riom) ; Serre (de Montpellier) ; Léo (médecin de la marine).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs J.-P.-P. Bousquet, Coudour, L. Morel, Rollin (de Paris) ; Aurégan (de Lannion) ; Blayac (de Bédarieux) ; Bruneau (de Châteauroux) ; Chlémovitch (de Couilly) ; Fié (de Saint-Amand) ; Flour de (de Braysur-Somme);

Gavard (de Penthièvre) ; Crypiotis (de La Coquille) ; Hurtel (de Hangest-en-Santerre) ; Jaille (de Châteauroux) ; Jouane (de Guelma) ; Lajotte (de Longjumeau) ; Lautié (de Bédarieux) ; Macé (de Quingamp) ; Mané (de Pléhédel) ; André Martin (d'Angers) ; Pascal (d'Orange) ; Pellegrin de (Villeneuve-de-Berg) ; Pouillot (de Joigny) ; Tardif (de Longué) ; Jouve, J.-F.-A. Rouget (médecins militaires) ; J.-H.-E. Laugier (médecin de la marine) ; M. P. E. Goupil (préparateur au Collège de France).

MÉRITE AGRICOLE. — MM. les docteurs P.-G. Gaboche, Fichon, Schmitt (de Paris), Hospital (de Clermond-Ferrand), Lasserre (de Bordeaux), L.-A. Boppe, Carton, Loup (médecins militaires), ont été nommés chevaliers.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Tollemer (de Paris) ; Dozoul (de Barrême) ; Marianelli (de Rochefort-sur-Mer) ; Raybaud (de Marseille) ; V.-F. Clair, Vigné (médecins sanitaires maritimes) ; Coppin (médecin des troupes coloniales) : P.-M.-H. Dupuy (de Canton) ; MM. Ashu Tosh Dutt, Delamourd, Kirode (Chondor Palité (médecins indigènes à Chandernagor) ; Conseil (interne en médecine à Tunis).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Halbron (ancien interne des hôpitaux de Paris) ; Boivin (ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris) ; Desuet (d'Hersin-Coupigny) ; Robin (de Pantin) ; MM. Boinot, Chartier, Chastagnol, Denéchau, Küss (internes des hôpitaux de Paris) ; Collin (interne provisoire des hôpitaux de Paris), Avenier, Cottard, Duru, Faugeron, Jais, Roussel (externes des hôpitaux de Paris) ; Assire (interne des hôpitaux de Rouen) ; Vulien (interne en médecine à Tunis).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Fruitet, Mialare (de Nouméa).

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

EN COURS DE PUBLICATION

Manuel d'Histologie Pathologique

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France,
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'Hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. GOMBAULT, NAGEOTTE, A. RICHE, DURANTE, R. MARIE, Fernand BEZANÇON, LEGRY. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière). — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx.* — 1 volume grand in-8 avec gravures en noir et en couleurs ..... 35 fr.

Précédemment publiés :

Tome I, par MM. CORNIL, RANVIER, BRAULT, Fernand BEZANÇON, Maurice CAZIN. — *Généralités sur l'histologie normale. — Cellules et tissus normaux. — Généralitée sur l'histologie pathologique. — Altérations des cellules et des tissus. — Des inflammations. — Des tumeurs. — Notions élémentaires sur les bactéries. — Lésions des os et des tissus cartilagineux. — Anatomie pathologique des articulations. — Des altérations du tissu conjonctif. — Lésions des membranes séreuses.* — 1 fort volume grand in-8, avec 369 gravures en noir et en couleurs ..... 25 fr.

Tome II, par MM. DURANTE, JOLLY, DOMICINI, GOMBAULT et PHILIPPE. — *Muscles. — Sang et hématopoïèse. — Cerveau. — Moelle.* — 1 fort volume grand in-8, avec 202 gravures en noir et en couleurs ..... 25 fr.

Pour paraître en 1907 :

Tome IV, par MM. CORNIL, CRISTMANN, LEGRY, BRAULT, MARIE, LETULLE, HALLÉ. — *Tube digestif. — Foie. — Rein et capsule surrénale. — Pancréas. — Testicule. — Bassinet. Urètre. — Vessie. —Corps thyroïde. — Thymus et corps pituitaire. — Utérus. — Mamelles. — Ovaire. — Placenta.* — 1 fort volume gr. in-8, avec gravures en noir et en couleurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique thérapeutique de la Faculté de Médecine (Hôpital Beaujon)

LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE ET SON TRAITEMENT

Par le Professeur Albert Robin

I

Messieurs,

Vous m'avez entendu vous dire à maintes reprises combien était grande l'erreur de ceux qui s'imaginent qu'à un type pathologique, même bien déterminé, la médecine pouvait espérer d'opposer un remède, ou même une médication, tout aussi définie dans ses termes, en un mot, qu'une équation devait pouvoir s'établir entre la formule d'une maladie et celle de son traitement.

S'il en était ainsi, la pratique de l'art médical serait vraiment par trop facile. Au diagnostic d'artério-sclérose, il suffirait de répondre par l'iodure de potassium, à celui de néphrite par le régime lacté ou la déchloruration, aux affections cardiaques par la digitale, et ainsi de suite.

Malheureusement, les choses de la thérapeutique sont plus complexes, et ceux qui suivent ces leçons savent combien je me suis souvent étendu sur la nécessité d'adapter à chaque malade et aux circonstances particulières de son cas, les médications qui lui conviennent, après analyse minutieuse des indications personnelles qu'il présente. La vieille formule — il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades — si elle n'a guère qu'un intérêt nosologique dans sa première partie, est rigoureusement exacte dans la seconde, dès qu'il s'agit d'instituer une thérapeutique.

Les trois malades dont je vais vous parler, et qui tous sont atteints d'une même maladie, le rhumatisme blennorrhagique, vont nous fournir une fois de plus, par la variété de leur type morbide et la nécessité qui en découle d'une thérapeutique appropriée au cas de chacun d'eux, la preuve de cette proposition fondamentale.

Je vais vous montrer l'impossibilité absolue d'appliquer chez ces trois malades, atteints de la même affection, une thérapeutique identique. Ce sont trois traitements différents que vous devez ici mettre en œuvre et, soit dit en passant, vous verrez par là que la médecine n'est pas aussi désarmée devant cette affection que les

chirurgiens se sont plu à le dire. Le rhumatisme blennorrhagique ressortit nettement à la thérapeutique médicale et même à celle du plus modeste praticien. Aussi, je ne vous cacherai pas mon étonnement quand j'entends aujourd'hui, à propos de cas de ce genre, les chirurgiens ne parler ni plus ni moins que d'arthrotomie précoce.

Donc, Messieurs, l'arthrotomie est proposée aujourd'hui comme traitement précoce du rhumatisme blennorrhagique, et cela dès que l'articulation atteinte présente de la rougeur et des gonflements et que le malade éprouve de vives douleurs. Vous trouverez cette opinion formulée dans la thèse de M. Parizeau (1).

Je n'ai pas besoin de vous dire que je me refuse à entrer dans cette voie. Je considère l'arthrotomie comme un mode de traitement dangereux et donnant des résultats infiniment moins favorables que le traitement médical, qui est et doit rester la méthode de choix. Du reste, vous allez pouvoir en juger.

II

Le premier de nos trois malades est un garçon d'hôtel, âgé de 28 ans, qui occupe, dans la salle Louis, le lit n° 16 depuis le 3 novembre. A 18 ans, il a eu une crise violente de rhumatisme poly-articulaire aigu. Depuis lors, il éprouve fréquemment des douleurs articulaires passagères et voit celles-ci reparaître avec les changements brusques de température et les excès de travail.

Il a contracté une blennorrhagie à 26 ans, et en a guéri sans autre incident qu'une conjonctivite assez rebelle, due, de son aveu, à une inoculation directe.

Le 18 octobre dernier, trois jours après des rapports suspects, il fut pris de douleurs en urinant, puis d'un écoulement abondant. Un médecin lui prescrivit du santal et les accidents parurent s'atténuer assez rapidement.

Le 26 octobre, il est pris d'une crise de rhumatisme aigu frappant à la fois la plupart de ses articulations. Puis, les douleurs se localisant peu à peu à toutes les articulations du membre inférieur, au pied en particulier, ainsi qu'au pouce gauche. C'est alors qu'il entre dans nos salles.

La première question que nous allons avoir à nous poser est celle de savoir s'il ne s'agit pas d'une crise de rhumatisme aigu chez un blennorrhagien, comme ses antécédents peuvent le faire supposer, ou d'un véritable rhumatisme blennorrhagique. J'ajoute que le 28 octobre, il a été atteint d'une conjonctivite intense, mais cette fois, sans qu'on puisse faire intervenir un contage direct : le malade, qui a été éprouvé une première fois de cette façon est très affirmatif.

Le deuxième malade est un homme de 60 ans, couché au n° 16 de la salle Louis. Il a contracté une blennorrhagie le 8 octobre. Le 19, il était pris de fièvre, de frissons, et une poussée violente de rhumatismes aigu envahissait dès le lendemain toutes les articulations du membre inférieur gauche.

Le 5 novembre, les douleurs cessaient dans le membre malade, sans qu'on eût employé aucun traitement. Puis, le poignet droit se prenait à son tour. Il devenait

(1) Parizeau. — L'arthrite blennohrragique aiguë et son traitement par l'arthrotomie précoce *Thèse de Paris* 1896 et *Union Amicale du Canada*, p. 145, Montréal 1900.

impossible au malade de faire aucun mouvement avec sa main droite : les articulations, les gaînes tendineuses étaient gonflées et douloureuses. En même temps, la miction devenait pénible et s'accompagnait de petites hémorrhagies. Les urines étaient troubles, purulentes même, très abondantes : elles renfermaient 1 gramme d'albumine. Les symptômes de cystite s'accusaient de plus en plus : la vessie était douloureuse, puis la région des uretères le fut à son tour de chaque côté. Les reins eux-mêmes devinrent sensibles à la palpation bimanuelle. Nous nous trouvions en présence d'une cysto-pyélo-néphrite ascendante. Huit jours après, une orchite se déclarait, et la température s'élevait de 1 degré et demi.

Notre troisième malade est une femme de 35 ans, domestique, qui a contracté en juillet une blennorrhagie, aujourd'hui presque terminée,mais pas complètement toutefois. Elle est entrée à la salle Axenfeld au commencement de novembre.

Le 15 septembre, elle est prise de céphalée, de frissons violents et de fièvre : les règles réapparaissent hors de leur époque normale. Ce sont les épistaxis utérines de Gubler.

Puis, toutes les articulations du bras droit, de l'avant-bras et de la main sont envahies par le rhumatisme : quelques douleurs se montrèrent dans le membre inférieur droit.

La fièvre dure de huit à dix jours, puis cesse peu à peu. A son entrée, la malade présente une impotence fonctionnelle complète de tout le membre supérieur droit. Il existe une semi-ankylose du poignet, une rigidité complète des doigts. L'épaule elle-même est atteinte : le coude est immobile. Le deltoïde est touché. Les groupes musculaires de l'avant-bras, les interosseux sont nettement atrophiés.

III

Voici donc trois sujets atteints de la même maladie et cependant très différents. Les deux premiers sont franchement en pleine phase aiguë. La dernière est arrivée à la période subaiguë et déjà presque chronique. Il est de toute évidence que la même thérapeutique ne saura leur convenir.

Le premier a eu jadis une crise de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Les accidents actuels ont débuté par une généralisation analogue. Il est vraisemblable que le fait d'avoir été un rhumatisme vrai ajoute un trait spécial au type pathologique nouveau qu'il présente. La conjonctivite que vous trouvez chez lui aujourd'hui est-elle due à une inoculation directe ou n'est-elle qu'un signe de plus du retentissement général de sa blennorrhagie ? Je penche pour cette dernière exolication, car la guérison a été rapide, comme vous allez le voir, tandis que sa première conjonctivite, sûrement blennorrhagique par contagion, fut très longue à vaincre.

Le second malade est un type d'arthrite poly-articulaire aiguë, avec complications multiples de la blennorrhagie du côté de l'appareil génito-urinaire.

La troisième n'a plus qu'un résidu de sa blennorrhagie, déjà ancienne. Son rhumatisme lui-même n'est plus en période d'état et ce que nous constatons surtout, ce sont les suites de l'attaque passée, demi-ankylose, raideurs articulaires, atrophies musculaires.

Ce sont trois états, ou plutôt deux états d'un même type morbide, dont l'évolution, nous le savons, peut être variable et dont la terminaison peut être aussi bien la résolution, la suppuration ou l'ankylose, sans parler de l'hydarthrose, forme un peu spéciale, parfois tardive, évoluant sans fièvre ni phénomènes généraux, et particulièrement rebelle à guérir, si même elle guérit définitivement.

Dans l'évolution même du rhumatisme blennorrhagique, les formes cliniques sont nombreuses. Tantôt ce sont les articulations qui sont atteintes, tantôt les gaines tendineuses, tantôt les bourses séreuses, celle du talon, par exemple : tantôt, ce sont des myalgies que l'on observe surtout. Tantôt ces divers phénomènes apparaissent indépendamment les uns des autres, tantôt, ils se succèdent et se compliquent réciproquement.

L'époque de leur production est non moins variable. On les voit apparaître dès le huitième jour de la blennorrhagie chez notre premier malade : chez le second, c'est du douzième au quinzième jour : chez le troisième, c'est au bout de deux mois. Dans certaines observations on a vu le rhumatisme apparaître après guérison totale de la blennorrhagie. On le voit surgir à toute période de celle-ci, aussi bien au début qu'à la fin. Hewez et Griffon ont cité des cas où les articulations furent envahies avant même que l'écoulement ait fait son apparition.

Que devient la blennorrhagie pendant ce temps ? Il n'y a pas davantage ici de règle absolue. Dans notre premier cas, l'écoulement a augmenté avec la poussée rhumatismale : dans le second il a disparu momentanément. Dans le troisième, il a diminué progressivement sans paraître autrement influencé, mais il persiste encore au bout de quatre mois, alors que l'arthrite est passée déjà à une période quasi chronique.

Quelle est la nature même de ces accidents ? Sont-ils purement locaux ou d'ordre général ? L'infection généralisée n'est guère douteuse. On a, aujourd'hui, la preuve que les gonocoques circulent dans le sang et que c'est par la voie sanguine que se fait leur absorption. Faure-Beaulieu a publié 34 observations dans lesquelles la présence du gonocoque a été démontrée dans le sang.

Ce qui paraît aujourd'hui démontré, c'est que l'intensité des accidents articulaires est en rapport avec la profondeur de l'infection. Bock et Wertheim ont observé des phlébites des veinules de la muqueuse uréthrale, établissant nettement que c'est bien par la voie sanguine que l'affection arrive à se généraliser.

IV

Vous voyez, Messieurs, par les trois cas qui nous occupent, que nous sommes ici dans l'impossibilité absolue d'établir l'équation cherchée entre la maladie et le traitement. Nos deux premiers malades se ressemblent, sans doute, mais le second présente des complications toutes spéciales de cystite, urétérite et pyélonéphrite qui créent autant d'indications particulières. Les deux traitements que nous allons avoir à leur appliquer seront donc dissemblables.

Le premier présente tous les symptômes d'un rhumatisme poly-articulaire aigu classique. L'indication est de lui donner du salicylate de soude.

Je sais fort bien qu'il est d'usage de considérer ce médicament comme sans ef-

fet dans le rhumatisme blennorrhagique. Ceci n'empêche que dès que nous le lui ayons donné, à la dose de 4 grammes par jour, en 8 prises ; le soulagement a été rapide. En 48 heures, les douleurs s'étaient considérablement atténuées et les arthrites avaient disparu, sauf celle du cou de pied droit. Celle-ci était donc sans doute la seule qui fût véritablement d'essence blennorrhagique. Les autres n'étaient que la signature réveillée par la blennorrhagie et le traitement a permis d'en faire le départ.

N'oubliez donc jamais de faire appel, si les accidents sont polyarticulaires et malgré l'opinion classique, au salicylate de soude. Son action sur l'élément rhumatismal pur est immédiat, et, en tout état de cause, si vous ne guérissez pas le rhumatisme blennorrhagique, vous obtiendrez du moins et souvent, un soulagement manifeste de la douleur.

Chez notre malade, comme je vous l'ai dit, la blennorrhagie a fléchi dès l'apparition des premières manifestations articulaires. Que faire, à partir de ce moment, contre l'écoulement uréthral ? Je pense qu'il faut le traiter sans hésitation. Dans ma pratique, toutes les fois que j'ai continué, en pareil cas, le traitement de la blennorrhagie, je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Certes, je n'ai pas eu recours aux traitements énergiques, je n'ai point fait appel aux lavages antiseptiques des voies urinaires, ni même aux balsamiques. J'ai fait appel à la vieille méthode qui consiste à « laisser couler », ce qui n'est point si mauvais, puisque nous savons aujourd'hui que c'est par sa propre pullulation que le gonocoque arrive à épuiser sa culture : de là est né le traitement populaire russe par les orgies de bière, et ce qui est moins dangereux, par les décoctions d'orge ou de malt.

J'ai donc prescrit à notre malade deux litres de décoction de bourgeons de sapin par vingt-quatre heures, en l'additionnant d'un gramme cinquante à deux grammes de bicarbonate de soude par litre, proportion que l'on peut modifier selon le degré d'acidité des urines.

Sous l'influence de ce traitement, l'écoulement s'est réveillé : un pus crémeux a été éliminé avec abondance, puis s'est tari progressivement, et au bout de quelques jours, tout était terminé.

Quant à la conjonctivite, je l'ai traitée par un vieux remède, que les spécialistes eux-mêmes ont un peu trop tendance à oublier aujourd'hui : le sulfate de cuivre. J'ai prescrit le collyre suivant :

Eau distillée	30 gr. »
Sulfate de cuivre	0 gr. 10
Laudanum de Sydenham	X gouttes.

Instiller deux fois par jour une goutte au niveau de la caroncule lacrymale.

Ceci joint aux lavages à l'eau boriquée pratiqués deux fois par jour également, a suffi à vaincre en trois jours cette manifestation oculaire, évidemment simple répercussion de l'infection générale.

Reste seulement l'arthrite du pied, passée à l'état subaigu et parvenue au point où elle risque de passer à l'état chronique. Nous allons nous en occuper tout à l'heure.

V

Chez notre deuxième malade, allons-nous appliquer le même traitement ? Evidemment non. Le salicylate de soude était nettement contre-indiqué par l'état du rein. Souvenez-vous qu'il y avait un gramme d'albumine dans les urines. Ici, la cystite et la pyélo-néphrite passaient au premier plan. Dans quelle mesure le rein était-il atteint ? Y avait-il néphrite vraie ou simple retentissement de la pyélite ? quelle que fût la réponse, le même traitement s'imposait, à savoir le régime lacté et la désinfection des voies urinaires.

En pratiquant d'emblée ce traitement, j'ai pu trancher la question et me convaincre que la pyélite seule était nettement en cause. J'ai prescrit de l'infusion de bourgeons de sapin, le régime lacto-végétarien, et l'urotropine. L'urotropine ou formine, que Bardet a introduite dans la thérapeutique en 1894, n'est autre que l'héxaméthylènetétramine, qui possède la propriété de se décomposer dans l'organisme en mettant en liberté du formol, dont vous connaissez les puissantes propriétés antiseptiques. En outre, soit dit en passant, l'utropine est un dissolvant remarquable de l'acide urique.

L'urotropine est donc un désinfectant urinaire de premier ordre que tout le monde connaît aujourd'hui. Il est inutile d'en donner d'emblée des doses élevées. Je me contente d'en prescrire 1 gr. 50 par jour en trois cachets, le premier au réveil, les deux autres une demi-heure avant chaque repas. Cela suffit généralement. Ce n'est que lorsque je vois le médicament bien toléré par l'estomac, ce qui n'est pas toujours le cas, que j'élève la dose quotidienne jusqu'à 2 gr. 50. Vous n'oublierez pas de vous assurer que l'urine est acide, condition indispensable pour le dédoublement de l'urotropine et la mise en liberté du formol. S'il était nécessaire, vous réaliseriez cette acidification à l'aide d'une petite quantité de benzoate de soude.

Tel est le traitement que j'ai institué d'emblée. Il y avait obligation à laisser momentanément de côté la maladie principale pour des complications plus urgentes et l'évènement m'a donné raison, car le pus des urines a diminué aussitôt pour bientôt disparaître. En même temps, l'albumine diminuait de moitié, ceci nous permet de supposer qu'il ne s'agissait pas, comme je vous le disais, d'une véritable néphrite, mais d'un simple retentissement de la pyélite sur le rein. La guérison de la lésion rénale va s'achever par la prolongation du régime lacté. La pyélite cédera à l'emploi de l'urotropine alternée avec le benzoate de soude, — huit jours de l'une, huit jours de l'autre, alternativement.

Si la pyélite résiste à ce traitement, je donnerai de l'huile de Harlem, encore un vieux médicament oublié, dont la formule, jadis secrète, est aujourd'hui bien connue : c'est un mélange d'essence de baies de genièvre et d'huile de baies de laurier. Il faut la prescrire en émulsion, plutôt qu'en capsules, qui risquent de fatiguer l'estomac. On donnera donc 10, 12 à 15 gouttes d'huile de Harlem, émulsionnée dans du sirop de baume de Canada ou de la décoction de bois de Panama.

Enfin, comme dernière ressource, vous emploierez contre la pyélite la térében-

thine et le camphre, que vous pourrez prescrire, par exemple, sous forme de pilules, de la façon suivante :

Térébenthine de Venise	10 gr. »
Camphre porphyrisé	6 gr. »
Extrait thébaïque	0 gr. 25
Extrait alcoolique d'aconit ..	0 gr. 15

M. f. s. a. 60 pilules.
2 à 6 dans les 24 heures.

VI

J'arrive maintenant au traitement local de l'arthrite. L'immobilisation est le meilleur moyen de calmer la douleur elle-même, sinon de limiter l'évolution de l'arthrite.

Mais il est nécessaire que cette immobilisation soit pratiquée d'une façon convenable, sans compression à l'aide de bandes. Vous emploierez une gouttière bien capitonnée d'ouate et close par devant avec de simples lacs, de façon à vous permettre de surveiller de temps en temps l'articulation et d'y appliquer les topiques utiles. Au bout de 48 heures d'immobilisation, vous obtiendrez presque toujours une sédation de la douleur, souvent même sans l'adjonction du traitement local dont il va être question.

Pour celui-ci, je donne la préférence à un liniment dont la formule est due à Bourget, de Lausanne, et dont je me suis toujours loué. Voici sa composition :

Acide salicylique Essence de térébenthine Axonge	ââ 10 gr.
Lanoline	80 gr.

Lucas-Championnière a recommandé l'emploi de l'onguent napolitain, en y joignant un peu de compression. Le moyen est bon, mais la compression est difficilement supportée dans les arthrites très douloureuses et les malades supplient bien vite qu'on leur enlève leur appareil.

(A suivre)

QUELQUES FAITS CLINIQUES RELATIFS A L'EMPLOI DE LA NOVOCAINE EN CHIRURGIE

par le Dr Raoul Blondel

Les deux dernières séances de la Société de Thérapeutique ont mis en relief un certain désaccord entre l'opinion professée par M. Bardet, quant aux avantages nouveaux qu'apporte avec elle la substitution de la novocaïne aux anesthésiques locaux du même groupe déjà connus, et les conclusions du travail de MM. Chevalier et Scrini.

Je ne me suis point chargé de les départager. Une telle question ne se juge

qu'avec des faits. Or ce sont quelques faits d'observation personnelle que je voudrais verser au débat, sans rechercher en faveur de quelle thèse ils se produisent.

Voilà huit mois que j'emploie la novocaïne, tant à ma clinique qu'à la ville, pour toutes les interventions chirurgicales qui ne commandent pas l'anesthésie générale. Le nombre de ces observations n'atteint que 21 ; car, sur ces huit mois, un accident personnel, puis les vacances m'ont tenu pendant trois mois éloigné de la pratique.

Ces observations portent, dans 10 cas, sur des curettages, dans 3, sur des interventions vaginales et périnéales, dans 4, sur des interventions vésicales, et dans 4, sur de petites opérations de chirurgie générale (deux extirpations de kystes sébacés, un kyste synovial du pied, une rectification de cicatrice vicieuse).

Ce qui m'a frappé avant toute chose, c'est l'absence totale d'accidents généraux et la durée remarquable de l'anesthésie. Je ne fais point ici une étude de pharmacodynamie expérimentale, comme mon ami Chevalir l'a fait avec sa compétence coutumière. Je dis ce que j'ai observé en clinique et rien de plus.

Je n'insiste pas sur l'absence de phénomènes toxiques : le chiffre de mes observations n'est pas assez nombreux. Je dois dire que les malades n'ont jamais accusé aucun malaise, aucun vertige, aucune nausée, aucun trouble oculaire, et que je les ai opérées indifféremment assises ou couchées. Les deux opérées de kystes sébacés sont rentrées chez elles aussitôt leur pansement fait.

Mon attention a surtout été attirée par la longue durée de l'anesthésie, qui m'a semblé dépasser de beaucoup ce que j'avais observé avec la cocaïne et la stovaïne. Au bout de vingt minutes, vingt-cinq minutes même, j'ai pu passer des points de suture sans que la piqûre de la peau fût douloureuse. Ceci s'applique aux régions de la tête et du pied ; pour le périnée, il persiste un peu de sensibilité ; mais tous ceux qui ont la pratique des périnéorraphies savent qu'aucun anesthésique, même le chloroforme, n'abolit à coup sûr et sans exception la sensibilité de cette région d'une façon complète. J'ai vu, au moment de l'entrée de l'aiguille à suture, la malade faire de légers mouvements d'impatience, mais je puis dire qu'avec la cocaïne ou la stovaïne, au bout de vingt minutes, ce serait bien autre chose, et la réaction serait celle d'un sujet qui n'uarait jamais été anesthésié.

Pour le curettage, j'ai procédé comme je le fais d'habitude, en laissant séjourner dans l'utérus, pendant dix minutes avant l'intervention, une mèche imprégnée d'une solution de novocaïne à 5 p. 100. Tous les cas que j'ai vus appartenaient aux mérites à forme hémorragique, c'est-à-dire avec effraction de la muqueuse, donc avec facilité d'absorption pour l'anesthésique. Dans les métrites à muqueuse intacte, la pénétration ne serait pas la même ; mais celles-là ne me paraissaient pas justiciables du curettage.

L'insensibilité au curettage dans ces conditions m'a paru être la même qu'avec la cocaïne, c'est-à-dire qu'elle n'est jamais absolument complète. La novocaïne atténue considérablement la sensibilité, mais les coups de curette profonds, les heurts de la paroi avec l'instrument, peuvent encore être légèrement perçus, comme avec la cocaïne et la stovaïne, et il est impossible qu'il en soit autrement, puisque le mus-

cle utérin a sa sensibilité spéciale à la pression que l'anesthésie générale seule fait disparaître. Cette quasi-anesthésie ne m'en paraît pas moins avantageuse, en permettant d'éviter les risques du chloroforme pour une intervention aussi courte et aussi simple. Je n'ai rien noté ici de spécial à l'avantage de la novocaïne, car la rapidité de l'intervention ne m'a pas permis de faire ressortir ce qui me paraît être son caractère le plus intéressant, c'est-à-dire la durée de l'anesthésie.

Par contre, pour l'extirpation laborieuse de deux kystes du cuir chevelu et d'un kyste synovial de l'articulation du gros orteil, j'ai été agréablement surpris de pouvoir, au bout de vingt et vingt-cinq minutes, comme je l'ai dit, terminer l'intervention, faire mes sutures, rectifier finalement leur affrontement avec la pince à griffes, sans réveiller aucune sensibilité. Jamais la cocaïne ni la stovaïne ne m'auraient permis cela.

L'écoulement sanguin, au cours de l'intervention, m'a semblé très modéré. Je n'ai nullement, avec la novocaïne, vu les hémorragies capillaires incoercibles qui rendent si gênant le maniement de la stovaïne La cicatrisation ne m'a pas semblé influencél trop défavorablement : tout de même, il est prudent de n'enlever les fils qu'après soigneuse vérification de la coaptation. Mais il en est de même avec la cocaïne et tous les autres anesthésiques locaux employés par voie intradermique.

J'ai employé des solutions à 2 0/0, à la dose de 1 à 2 cc., par piqûres intra-dermiques sur l'alignement de l'incision future, comme le recommande justement M. Reclus. Une fois, j'ai employé une solution de 1 0/0 : l'effet m'a paru être exactement le même. Pour les mèches intra-utérines, comme je l'ai dit, j'ai employé une solution au 1/20.

Enfin, pour les traitements de l'urètre et de la vessie chez la femme, j'ai employé quatre fois la novocaïne à 5 0/0. J'ai noté la complète insensibilité de l'urètre dans un cas de discision de cryptes péri-urétrales profondes, après simples badigeonnages, et, dans trois cas d'instillations intra-vésicales de nitrate d'argent ; la sensibilité n'est revenue qu'au bout de vingt minutes.

J'étudie en ce moment une novocaïne nitratée, qui ne se précipite pas au contact du nitrate d'argent et qui me paraît très intéressante. J'en reparlerai plus tard.

En résumé, la novocaïne me semble représenter un réel progrès sur la cocaïne par son absence de toxicité, sur la stovaïne par son absence d'action vaso-dilatatrice, et sur les deux par la durée beaucoup plus longue de son action. Je puis ajouter que M. Reynier, qui expérimente la novocaïne en ce moment dans son service et publiera prochainement, je pense, ses résultats, m'a déjà dit que ce dernier point — la durée remarquable de l'anesthésie — l'avait également frappé de suite

Je reviendrai plus tard sur ces cas dans une étude plus complète. J'ai seulement voulu verser aux débats engagés actuellement devant la Société les observations que je possède, intervention justifiée plutôt par leur opportunité que par leur nombre, ce dont on voudra bien, je l'espère, m'excuser.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 28 Novembre 1906

Présidence de M. LEGENDRE

M. MANQUAT communique ses *remarques concernant le traitement de la syphilis* : il est certain que chez quelques malades les doses élevées de mercure produisent des effets désastreux, et que l'on n'observa jamais autant de syphilis graves qu'à l'époque de la Renaissance, où l'on employait des traitements intensifs chez tous les malades. Depuis que cette médication a été canalisée pour ainsi dire, on s'est aperçu que les doses moins offensives présentaient des effets thérapeutiques tout aussi marqués. Il y a lieu cependant de remarquer que le traitement hydrargyrique offre cette singularité d'être utilisé, par beaucoup de médecins, constamment à la dose maxima, quelle que soit l'intensité de l'infection. On semble continuer dans cette voie, alors que pour beaucoup d'autres médicaments (quinine, salicylate de soude, etc.), les fortes doses du début ont fait place à un dosage beaucoup plus anodin et cependant beaucoup plus efficace.

Nous ignorons l'action du mercure; nous ne savons même pas à quel point il peut porter atteinte au bon fonctionnement de l'organisme : on devrait donc adopter comme règle de rechercher la dose minima efficace, en présence d'un malade donné ; au lieu de cela, avec la méthode des injections de sels insolubles, par exemple, on introduit dans les muscles des provisions de mercure qui peuvent dépasser la limite de tolérance du malade.

M. LE GENDRE estime qu'il faut chercher à prendre position entre les opinions extrêmes, au point de vue du traitement hydrargyrique, et réserver la mercurialisation intensive aux cas graves.

M. LAUMONIER communique un travail sur *la digalène*. Il existe, à propos de ce produit, une divergence absolue entre l'opinion de M. Huchard et celle de nombreux cliniciens étrangers. M. Laumonier a pu constater que la digalène est soluble dans l'eau, injectable sous la peau, et présente la propriété remarquable de ne pas s'accumuler dans l'organisme, même après un usage prolongé. Il semble donc que ce produit n'est pas un analogue absolu de la digitaline, dont il possède cependant les effets. M. Cloëtta, qui en est l'inventeur, l'appelle digitoxine soluble : elle est très diffusible, comme le montre l'injection intraveineuse, qui exige des doses beaucoup plus élevées que l'injection sous-cutanée. La digalène est très bien tolérée par les estomacs les plus délicats.

Les effets de la digalène sont une augmentation de la pression vasculaire, une action manifeste sur les vaisseaux périphériques et splanchniques, etc. Les bons effets cessent dès qu'on supprime le médicament, ce qui n'a pas d'ailleurs d'inconvénient, puisqu'on peut administrer ce produit pendant longtemps.

L'action diurétique est souvent stupéfiante : l'auteur a vu une ascite disparaître sans ponction sous l'influence de quelques doses du médicament. L'action sur la dyspnée et l'angoisse précordiale est aussi fort remarquable.

M. BARDET estime que la question de la digitaline est fort embrouillée, et que le produit nouveau ne fait que la compliquer. La digitoxine n'est pas soluble : elle correspond au produit que l'on appelle en France digitaline cristallisée : or, cette dernière n'est soluble que dans le chloroforme, et un peu dans l'alcool chauffé. Si la digalène est soluble, c'est ou bien un produit nouveau, ou une digitaline solubilisée par une saponine dont le besoin ne se faisait pas sentir.

M. CHEVALIER ne croit pas que la digalène soit une digitaline solubilisée, puisque cette dernière est irritante en injection sous-cutanée et présente une action cumulative. Si la digalène était une digitaline solubilisée par addition d'une saponine, elle serait encore

beaucoup plus irritante que la digitaline. L'auteur estime que Cloëtta a trouvé un autre produit, qu'il a extrait de plantes ne contenant pas exactement les mêmes principes que la digitale des Vosges utilisée en France.

Les digitales allemandes sont beaucoup moins chargées de digitaline que celles des Vosges, tout en étant tout aussi toxiques. La question est donc très complexe : les digitales contiennent beaucoup de principes toxiques, variables suivant la provenance de la plante. La même chose se passe avec les aconits, qui contiennent des éthers de l'aconitine fort variables.

M. Crinon fait remarquer que l'inventeur de la digalène n'a pas publié son mode de préparation et qu'il y a lieu en conséquence de s'abstenir de prescrire ce produit.

M. Bardet partage cette dernière opinion : il est indispensable que le praticien sache ce qu'il emploie.

M. Dufau ne croit pas que la digitoxine allemande constitue le même produit que la digitaline française : les propriétés chimiques sont différentes. Du reste, la formule de Petit permet d'employer la digitaline en solution : il y aurait lieu de comparer cette dernière avec une solution de digitoxine préparée de même façon, pour tirer cette question au clair.

M. Chevalier fait remarquer que la digitaline allemande est identique à la digitaléine française, 5 à 6 fois moins active que la digitaline.

M. Bardet explique que lorsque Nativelle découvrit la digitaline cristallisée, on débaptisa l'ancienne digitaline pour l'appeler digitaléine. Les Allemands ont conservé le nom primitif, et ont appelé digitoxine le produit plus actif.

M. Laumonier envisage avant tout l'intérêt des malades. A supposer même que la digalène soit un remède secret, il faut l'employer tout de même si on lui accorde des avantages thérapeutiques; or tel est le cas.

M. Hirtz emploie la digitaline depuis longtemps, il trouve qu'elle est bien supportée, ne provoque pas d'irritation stomacale, même si on l'administre 3 à 4 jours de suite.

M. Laumonier insiste sur le fait que la digalène n'est pas un équivalent de la digitaline, mais représente un équivalent des produits totaux de la plante fraîche : les effets peuvent donc être différents de ceux de la digitaline.

M. Le Gendre retient le fait de la possibilité d'effectuer avec la digalène des injections sous-cutanées : en clinique, il est souvent impossible d'utiliser la voie gastrique pour la digitaline. L'orateur a en conséquence l'intention d'essayer le produit nouveau.

La digitaline n'a d'ailleurs pas exactement les mêmes effets que la macération et l'infusion de digitale. L'infusion fera réagir un malade qui ne réagit plus à la digitaline et *vice versa*. L'orateur est resté fidèle aux trois préparations classiques, car la macération est incontestablement la plus diurétique des trois. L'intolérance gastrique est un phénomène commun pour tous ces produits.

M. Chevalier explique cette intolérance par la présence de la digitonine dans la macération. Ce produit est une saponine qui est diurétique et irritante pour l'estomac. La digitaline produit la diurèse en modifiant la vitesse du courant sanguin, la digitonine en irritant directement le rein.

M. Le Gendre, quand il cherche à forcer a barrière rénale, emploie la macération ou l'infusion, mais à fortes doses (0,60 gr. de poudre de feuilles). La digitaline ne remplace pas entièrement les deux autres préparations.

M. Chevalier estime que les principes actifs extraits de la plante fraîche sont plus actifs que la digitaline, mais plus toxiques. Pour la digalène, il y a unanimité des auteurs étrangers pour admettre que ce produit ne provoque aucun phénomène d'accumulation : cet effet varie du reste avec les malades.

M. Laumonier fait remarquer que la digalène donne aussi des effets diurétiques excellents chez les brightiques.

M. Hirtz croit qu'il serait bon de s'adresser au Pr Cloëtta, pour obtenir quelques éclaircissements concernant la composition de son produit.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux

Un cas de tétanos traité par la méthode de Bacelli, par TALAMON (*La Médecine Moderne*, 31 *octobre* 1906).— Observation d'une femme atteinte de tétanos après 10 jours d'incubation, et qui fut traitée, à part une dose unique de 4 gr. de chloral, par des injections sous-cutanées d'une solution à 2 0/0 d'acide phénique, chaque injection étant de 10 ccm. (soit 0 20 gr. d'acide phénique). On fit jusqu'à 3 injections par jour: 10 jours après le début du traitement, le trismus commençait à se relâcher : la raideur des muscles du cou et des jambes diminuait dès le 4e jour. Le traitement phéniqué a duré 19 jours ; la quantité totale d'acide phénique administré a été de 7 gr. 20.

L'auteur fait remarquer que dans ce cas la guérison a été obtenue avec une continuité et une régularité dans l'atténuation des symptômes tout à fait inusitées.

Comme phénomènes d'intolérance, on n'a noté qu'une crise de coliques avec diarrhées bilieuses le 7e jour : le lendemain, les urines présentaient la coloration phéniquée. Cette crise a été toute passagère.

L'acide phénique, à l'égal de l'opium, du chloral, etc., est admirablement toléré par les tétaniques : l'auteur estime en conséquence qu'il ne faut pas tâtonner ou donner d'heure en heure des doses fractionnées, mais bien injecter toutes les 6 heures 0,20 gr. à la fois : les injections ne provoquent aucun trouble local. S'il s'agissait d'un cas grave, fébrile, à incubation courte, il ne faudrait pas hésiter à injecter 1 gr. à 1 gr. 20 par jour, divisé en 5 ou 6 doses.

E. VOGT.

Sur la durée de l'immunité après les injections de sérum antidiphtéritique, par STILLER (*Jahrb. f. Kinderh.* vol. 64, n° 3, 1906). — D'après les observations faites à la clinique infantile de Strasbourg de mars 1905 à mars 1906, Stiller est arrivé à cette conclusion que l'immunisation prophylactique garantit efficacement les sujets pendant trois à cinq semaines, lorsque les enfants immunisés ont été enlevés au milieu infectieux. Si les enfants immunisés séjournent parmi les diphtériques, l'immunité peut parfois n'être que d'une durée assez courte, de dix à quatorze jours, par exemple. Les enfants non immunisés et soumis aux mêmes conditions sont atteints dans une proportion incomparablement plus forte que les enfants immunisés. Les infections catarrhales, de même que les traumatismes des muqueuses constituent une circonstance prédisposante pour la diphtérie et peuvent abréger considérablement la durée de l'immunité. Celle-ci n'augmente pas avec la quantité de sérum injecté. Les exanthèmes scarlatiniformes généraux, même lorsqu'ils évoluent sans fièvre et sans lésion sérieuse de la gorge, sont regardés par l'auteur comme étant le plus souvent de véritables scarlatines, conclusion qui peut paraître excessive.

L. JUMON.

De l'emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde et de leur influence sur les lésions intestinales, par B. THISTLE (*Brit. Med. J.*, 20 oct. 1900). — Comme moyen de diminuer le degré d'infection de l'organisme dans les premières périodes de la maladie et de provoquer l'élimination des toxines pendant toute la durée de la fièvre, l'auteur ne voit rien de mieux que de recourir aux purgatifs. Du côté du foie dont la fonction antitoxique est mise à contribution, les purgatifs provoquent l'élimination de la bile qui

doit être plus toxique qu'à l'état normal. Certains craignent l'emploi des purgatifs dans la fièvre typhoïde à cause du danger de perforation et d'hémorragie. Mais c'est précisément au début de la maladie qu'il faut user un peu largement des purgatifs afin de provoquer l'élimination des bacilles et de produire une sorte de drainage de la muqueuse intestinale, ce qui est le meilleur moyen d'empêcher les lésions d'augmenter. Après avoir donné un purgatif, on prescrit un antiseptique intestinal qui recouvre les surfaces malades. L'auteur regarde ainsi l'action purgative comme la plus importante au début de la maladie, elle diminue les bacilles dans les glandes elles-mêmes, elle diminue ainsi l'intoxication générale et entraîne les matières toxiques de l'intestin, empêchant l'infection de s'étendre dans les glandes. Comme purgatif l'auteur donne du calomel suivi de 15 grammes de sulfate de magnésie. Depuis 1892 qu'il procède ainsi, il n'a jamais observé d'hémorragie sérieuse ni de perforation ; les purgatifs dans cette méthode sont administrés tous les jours, au moins dans les premiers jours.

L. JUMON.

Influence de l'alimentation précoce dans le traitement de la fièvre typhoïde, par J. SMITH (*Brit. méd. J.*, 20 oct. 1906). — L'auteur est convaincu qu'on devrait permettre aux typhiques une alimentation beaucoup plus abondante que celle qu'on autorise dans les traités, et à l'appui de son assertion il donne une statistique de l'hôpital de Londres comprenant une période de dix ans. Les arguments employés en faveur de l'administration d'une alimentation solide sont surtout basés sur la chance d'obtenir une convalescence plus précoce et une diminution de la tendance à la thrombose. La voracité que témoignent parfois certains typhiques semble indiquer le besoin instinctif d'une alimentation plus abondante. On peut répondre à cette indication en ajoutant au lait d'autres aliments, et après la seconde période les malades peuvent manger du poisson et de la viande bouillie, tout en surveillant étroitement les effets de l'alimentation. Barlow, tout en acceptant les résultats annoncés par Smith, croit que les aliments solides doivent être mesurés au malade et donnés d'abord sous forme d'essai, le lait restant toujours le principal aliment, tandis que dans la majorité des cas le régime doit rester léger.

L. JUMON.

Le traitement moderne des dysenteries par le Dr LEMOINE (*Journ. des praticiens*, 13 *oct.* 06). — Il faut distinguer aujourd'hui entre la dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne : la première, rarement chronique, se rencontre surtout dans nos pays : la seconde, originaire de certains pays chauds, passe aisément à l'état chronique, avec alternatives d'améliorations et rechutes.

Le sérum antibacillaire de Dopter arrive à enrayer en 48 h., à lui seul, les accès aigus : la dose injectée varie de 20 à 100 ccm. Pour la forme amibienne, le kho-sam, graine indigène de l'Extrême-Orient, permet de guérir en 2 à 6 jours, grâce à l'administration quotidienne de 5 à 6 amandes, la majorité des malades. L'auteur a expérimenté ce dernier traitement au Val-de-Grâce, sur un soldat revenu du Tonkin, malade depuis plus d'un an, et dont la diarrhée cessa brusquement après ingestion de 12 amandes.

Ces deux méthodes de traitement (la seconde donne aussi des résultats dans la dysenterie bacillaire), semblent devoir remplacer les traitements usuels.

Le kho-sam n'exerce aucun effet utile sur les entérocolites consécutives aux dysenteries des pays chauds, il peut même les aggraver : un diagnostic judicieux est donc nécessaire.

E. VOGT.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Recherches cliniques et physiopathologiques sur l'hémophilie, par M. P. EMILE WEIL (*Tribune médicale*, n° 43, 10 novembre 1906, p. 678).— M.P. Emile-Weil expose l'histoire clinique de six hommes atteints d'hémophilie. Il estime qu'on doit distinguer deux variétés de cette affection : l'hémophilie familiale et l'hémophilie accidentelle. La première est de beaucoup la plus grave; on y observe très fréquemment des hémorragies viscérales et des hémarthroses, et le sang met, à se coaguler, un temps bien plus long que dans l'hémophilie spontanée.

L'auteur étudie avec soin les antécédents des malades et recherche les causes de l'affection : dans l'hémophilie acquise, le sang serait normal morphologiquement et chi-

miquement; la modification pathologique ne serait qu'une absence ou une altération du fibrin-ferment.

Dans l'hémophilie familiale, il y aurait présence,dans le sang,de substances incoagulables, et il faudrait attribuer cette affection à un vice de fonctionnement hépatique.

L'hémophilie serait, d'après M. P. Emile-Weil, heureusement modifiée par les injections de sérum.

L'auteur a en effet constaté que :

1° Chez les sujets atteints d'hémophilie acquise, l'injection du sérum exerce, sur les hémorragies, une action préventive considérable. (L'auteur n'a pas eu l'occasion d'étudier l'action curative du sérum).

2° Dans l'hémophilie familiale, où cependant le sérum ne corrige pas, *in vitro*, la lésion du sang, les injections de sérum frais ont été efficaces comme moyens préventif et curatif.

L'action préventive du sérum dure quinze à trente jours. On devrait donc, lorsqu'une intervention chirurgicale est nécessaire, soumettre quelques jours auparavant,l'hémophile à des injections de sérum.

Il faut savoir, fait remarquer M. P. Emile-Weil, que ce traitement ne peut rien sur la guérison de l'affection : il n'agit qu'en tant que médication symptomatique.

L'auteur prescrit des injections de sérum frais, de 10 à 20 cent. c., sérum humain ou celui de cheval : tous deux, en effet, sont inoffensifs et efficaces. En général, il suffit d'une seule injection pour restituer au sang son intégrité, mais l'action du traitement n'est que temporaire.

Dr Pierre Sée.

Splénectomie et maladie de Banti, par Armstrong (*The Brit. med. J.*, 10 nov. 1906). — La maladie de Banti est une affection essentiellement progressive, aucun autre traitement que l'ablation de la rate ne donne une guérison durable en remédiant à l'anémie et à la tendance inévitable à la cirrhose de Laënnec; enfin la splénectomie est suivie d'une amélioration immédiate même dans les cas avancés. Etant donné que le diagnostic est bien établi, l'opération sera d'autant moins dangereuse qu'elle sera faite plus tôt. On pourra également compter sur une guérison plus sûre. La plupart des cas de mort sont dus certainement à l'hémorragie ; il faut donc opérer suivant une bonne technique et c'est une grosse erreur dans ces cas que d'essayer d'opérer à travers une petite ouverture. Une incision verticale le long du bord externe du muscle droit du côté gauche, s'étendant depuis le rebord costal jusqu'en bas, rejoignant une incision à angle droit poussée jusqu'à la région lombaire gauche, permet de reconnaître toutes les adhérences de la surface de la rate et les vaisseaux du pédicule. Des soins spéciaux doivent être pris pour arrêter toute hémorragie, même dans ce cas il peut être nécessaire de faire un tamponnement avec de la gaze. La convalescence est plus facile si l'hémostase a été bien assurée et l'abdomen fermé sans drainage.

Atherton a cependant appelé l'attention sur deux causes de difficulté et de danger dans la splénectomie. Elles sont dues à la friabilité de la rate et à la rétractilité des vaisseaux d'un pédicule court et épais. Dans un cas concernant un garçon de 18 ans, qui présentait tous les symptômes de la maladie de Banti, Atherton a obtenu une guérison à peu près complète par l'arsenic et surtout par les rayons X appliqués sur la tumeur deux fois par semaine. En quelques mois la rate fut réduite au quart de son volume primitif.

L. Jumon.

Importance chirurgicale du coefficient acétonurique chez les diabétiques, par Poucel (*La Province médicale*, 3 *nov.* 1906). — Les insuccès opératoires chez les diabétiques ne s'expliquent pas toujours par l'infection, encore moins par le taux du sucre et l'abolition du réflexe. L'auteur voit la raison de l'inégale résistance des diabétiques aux traumatismes dans le coefficient acétonurique. Il y a une sorte d'antagonisme entre la quantité de sucre et celle de l'acétone; celle-ci augmente par le régime carné rigoureux qui fait baisser le sucre, et en même temps l'organisme montre des symptômes d'intoxication profonde, de sorte que les tissus sont facilement frappés de stupeur par le choc opératoire. Aussi l'auteur s'est imposé comme règle de ne jamais intervenir sauf urgence, chez un diabétique dont l'urine contient plus d'un gramme d'acétone par litre, sans tenir compte de la proportion du sucre, ni des autres éléments, sauf de l'albumine, lorsqu'elle révèle une altération du rein.

L'analyse de l'urine autorisant l'intervention, on pourra attendre si la gangrène est sèche, mais si elle est humide et si les cinq orteils sont pris avec œdème du pied, c'est à l'amputation de la jambe au tiers moyen qu'il faudra recourir. L'auteur recomman-

de dans tous les cas avant l'anesthésie générale de faire une injection de spartéine et de strychnine. Le thermocautère remplacera le bistouri partout où il peut s'appliquer quant aux pansements l'auteur a traité tous ses opérés par des agents vivifiants : moignon dans ballon d'oxygène, eau oxygénée, iodoforme, pulvérisation à l'éther iodoformé. S'il y a nécessité d'opérer un diabétique acétonurique, on introduira en abondance des hydrocarbures dans son alimentation et on lui fera prendre de la strychnine. Des médecins américains, et non des moins éclairés, traitent certains diabétiques par le sucre.

L. JUMON.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Traitement du cancer de la langue (*Acad. de méd.*, 13 nov. 1906). — Communication de M. BERGER, qui nous offre, grâce à l'expérience déjà longue de son auteur, à défaut d'aperçus nouveaux, des éléments pronostiques assez précis sur cette opération. L'ablation des cancers étendus, déclare-t-il, a été suivie de mort rapide dans le tiers des cas. Lorsqu'il fut nécessaire de pratiquer la résection ou la section du maxillaire inférieur, la mortalité s'éleva à la moitié des cas.

Malgré la gravité de cette opération, une des plus meurtrières, on observe des guérisons durables. L'orateur, chez 4 sujets qu'il cite, a vu la guérison persister 6, 8 et 10 années.

On doit refuser l'opération, lorsque le cancer a gagné le voisinage de l'épiglotte, les piliers du voile du palais, les amygdales, ainsi dans les cas où la tumeur adhère au maxillaire inférieur, dans ceux où elle a envahi les deux côtés de la langue au delà de sa moitié antérieure ; enfin lorsqu'il existe des engorgements ganglionnaires inflammatoires diffus. M. Berger se contente d'enlever les ganglions du côté malade, lorsqu'une moitié seule est prise. Il s'en prend d'ailleurs uniquement, parmi les glandes de la chaîne sous sterno-mastoïdienne, à celles qui occupent la bifurcation de la carotide.

A. BENOIT.

Restauration autoplastique du sein amputé totalement, par M. OMBRÉDANNE (*La Trib. méd.*, 12 juin 1906).

L'A, se préoccupant de l'état moral des femmes qui ne se résignent que bien difficilement à la mutilation causée par l'amputation totale, même avec la raison vitale qui la dicte le plus souvent, a imaginé et exécuté heureusement l'autoplastie suivante : il s'agissait d'un sarcome du sein du volume d'une orange. Le sein fut cerné à sa base par une *incision circulaire* et à l'extrémité externe du diamètre transversal de cette circonférence, commença une autre incision qui, suivant le bord inférieur du grand pectoral jusqu'au-delà du creux axillaire, formait avec la précédente un 6, dont l'anse était complètement fermée. On se représente facilement que la petite languette cutanée comprise entre l'incision supérieure et la circonférence peut être facilement disséquée, en conservant sa graisse, et relevée suffisamment pour que le grand pectoral puisse être desinséré en haut, rabattu en bas et, finalement, enlevé avec la glande mammaire. Le petit pectoral fut simplement détaché de la coracoïde. Le curage de l'aisselle suivit ce temps et termina l'exérèse. Pour restaurer le sein, on prend le rayon du sein opposé, soit la distance de la base au sommet du mamelon. Cette mesure doit servir à mesurer la hauteur d'un lambeau qu'il s'agit mantenant de prélever sur la peau du thorax par une incision transversale, parallèle au bord inférieur de la circonférence et, comme elle, arrondie. On commence à tracer l'incision en l'amorçant à peu près dans la ligne de l'aisselle en arrière, pour dépasser assez notablement la ligne médiane et aller jusque sous le sein du côté opposé, où l'on s'arrête. En prolongeant en dedans la grande branche du 6, puis réunissant les extrémités de ces deux incisions par une ligne droite un peu oblique en bas et vers le côté sain, on obtient le patron d'un cornet que l'on pourra enrouler sur la perte de substance, doublé de tout son tissu adipeux. En haut, la languette triangulaire dont il a été question plus haut vient s'insérer, son sommet à la place du mamelon. La manœuvre d'enroulement est facilitée par un fil de catgut, faufilé dans le derme de toute la tranche supérieure. Il reste à combler la perte de substance du lambeau. Pour cela, il suffit de libérer très bas la lèvre inférieure de la grande plaie transversale et l'on arrive à rapprocher toute la ligne de sutures suivant une ligne transversale qui vient se raccorder un peu en dedans du pôle inférieur du nouveau sein. Pour donner plus de corps à l'organe restauré, l'A a eu l'idée

d'enrouler le cornet autour de la masse arrondie du petit pectoral réservé à cet effet. Il sort en général un peu de sérosité huileuse, par un drain que l'on aura soin de fixer à la partie inférieure et aussi, dans l'aisselle, si c'est nécessaire. Les pansements sont parfois fort longs, les bourgeons charnus ne se garnissant d'épiderme qu'au bout de quelques semaines. C'est là, de l'aveu de l'auteur lui-même, le principal inconvénient du procédé. Celui-ci doit d'ailleurs se borner à quelques indications : désir formulé par la malade qui sera suffisamment pourvue d'étoffe graisseuse, sans excès. Moyennant quelques cicatrices, on peut, dit l'A, refaire ainsi un sein capable « sous un peu de linon, de procurer encore une illusion complète. »

A. Benoit.

Pronostic des fractures bimalléolaires (*Soc. de chir.*, 14 nov. 1906). — Nous assistons à la curieuse révision des traitements classiques en ce qui concerne le pronostic et le traitement des fractures de membres. C'est des fractures bimalléolaires que s'est occupée la Société dans sa dernière séance. M. Chaput a noté que parmi nombre de faits de consolidation vicieuse, dans les accidents du travail, ces déviations sont non primitives, mais *secondaires*. D'où la forte proportion d'incapacités. M. Tuffier, plus affirmatif, ose dire qu'il existe de nombreuses variétés de fractures bimalléolaires dans lesquelles il est tout à fait impossible de réduire la déviation primitive. Il reconnaît aussi la réalité des déviations secondaires et croit que le meilleur moyen de les éviter est de maintenir les appareils plus longtemps que nous n'en avons l'habitude. M. Monod pense qu'il est indispensable de donner le chloroforme pour réduire les fractures bimalléolaires. Ceci n'est pas douteux ; mais dans certains cas, la réduction idéale n'en sera pas davantage obtenue.

A. Benoit.

Amputations économiques du pied (*Soc. de chir.*, 7 nov. 1906). — M. Ricard rapporte plusieurs observations de M. Souligoux montrant que dans les amputations du pied, on peut se montrer conservateur, dans presque tous les cas, en conservant le calcaneum qui viendra se loger dans la mortaise tibio-péronière. On désarticule le pied; on l'enlève avec l'astragale en conservant le calcaneum. Il faut avoir soin de suturer les tendons dorsaux et plantaires pour obtenir un moignon bien mobile. M. Rochard dit avoir plusieurs fois eu à se louer d'avoir conservé le calcanéum en partie ou en entier.

A. Benoit.

Intervention tardive dans les plaies pénétrantes de l'abdomen (*Soc. de chir.*, 7 nov. 1906). — M. Potherat a opéré trente six heures après l'accident un homme de 28 ans qui avait reçu un coup de feu dans une battue au sanglier. La péritonite était déclarée et ce ne fut que sur l'insistance de la famille qu'il se décida à intervenir. Il put ainsi suturer 8 perforations de l'intestin. Le 3e jour, le lait ingéré reparaissait dans le pansement, mais la fièvre était tombée. La deuxième intervention qu'il proposa n'ayant pas été adoptée, le blessé mourut le 17e jour. L'A. en tire cependant argument, non sans raison, pour montrer ce qu'on peut attendre de l'intervention même tardive contre la péritonite dans les plaies pénétrantes de l'abdomen.

A. Benoit.

Des éventrations primitives après les laparotomies (*Soc. de chir.*, 31 oct. 1906). — M. Ricard, ayant rapporté un cas de M. Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand), où une éventration totale suivit de près une laparatomie pour coup de feu, cherche à tirer argument de ce fait que la première suture avait été faite sur trois plans et qu'une seconde, faite en seul plan, se montra seule efficace. Nombre d'orateurs citent les résultats de leur expérience personnelle avec les deux méthodes. Il en résulte que l'infection de la plaie doit être rendue responsable de la majorité des cas d'éventration, quelle que soit la méthode employée. On cite aussi les efforts de toux (Segond) portant sur une cicatrice de laparotomie trop récente. Enfin les sujets cachectiques sont presque les seuls frappés dans les statistiques. On peut s'étonner que nul, parmi les opérateurs d'expérience qui ont pris la parole, n'ait fait remarquer la fréquence toute particulière des éventrations à la suite de plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu traitée par la laparotomie. C'est un fait commun dans la pratique hospitalière.

A. Benoit.

Traitement du spina ventosa des os longs, par Vignart et Mouriquand (*La Province méd.*, 3 *nov.* 1906). — Au début et à la période de gonflement et d'inflammation ai-

guë de l'os, il faut, comme dans la tuberculose phalangienne, recourir d'abord à l'immobilisation du membre tout entier dans un appareil plâtré dans lequel on pratiquera une fenêtre pour surveiller le point osseux malade et exercer à son niveau une compression douce, mais méthodique et régulière, à l'aide de compresses d'ouate maintenues sous le bord de la fenêtre au moyen d'une bande. Le traitement local consistera surtout en révulsion légère. En cas d'empâtement même mou de la région, il est inutile de faire des ponctions qui resteront toujours blanches. Il vaut mieux faire des pointes de feu superficielles, les pointes de feu profondes ne devant être faites qu'avec une pointe extrêmement fine, afin de ne pas produire de trajet fistuleux.

Si malgré l'immobilisation, le repos, la révulsion légère, la compression méthodique, la lésion semble progresser, il y aura indication à intervenir comme dans l'ostéomyélite chronique, en faisant dans l'os une brèche suffisate pour curetter et nettoyer la cavité médullaire agrandie et la débarrasser de ses petits séquestres. L'indication est encore plus urgente, lorsqu'il existe depuis longtemps une fistule infectée avec suppuration abondante, douleurs et élévation de température.

L. JUMON.

Traitement des plaies par des pansements desséchés à la chaleur, par ASBECK (*Munch. med. Woch*, 16 octobre 1906). — Dans un voyage maritime l'auteur eut souvent à soigner des brûlures faites chez des Chinois par du ris bouillant. Il apprit alors que les plaies cutanées guérissaient rapidement par un pansement occlusif exposé à la chaleur intense du soleil des régions tropicales. Les plaies guérissaient en quelques jours sans suppuration et sans changer le pansement. Le soleil faisant défaut à un moment donné, il utilisa la chaleur des chaudières et procéda ainsi : Toute plaie fraîche était recouverte d'une compresse de gaze iodoformée sans désinfection préalable et sans toucher la plaie avec les doigts : Le pansement était complété par quelques doubles de mousseline ; de l'ouate et une bande de mousseline. Si des sutures devaient être faites, le pansement était le même. Enfin, dans le cas de brûlures, les ampoules étaient vidées avec des ciseaux et des pinces. Naturellement, le pansement était appliqué avec la plus minutieuse propreté et les instruments étaient bouillis. La région, pansée de cette manière, était exposée pendant une demi-heure à trois quarts d'heure à la chaleur rayonnante d'un foyer, ce qui amenait une dessication intense. S'il se produisait une hémorrhagie imbibant le pansement, on appliquait une nouvelle couche de gaze et on soumettait la région à l'action de la chaleur. Les plaies, même dans ces cas, ont guéri rapidement, sans réaction.

Si, après l'enlèvement du pansement, la partie centrale de la plaie n'était pas encore guérie, on appliquait un nouveau pansement de la même façon. Dans ces derniers temps, l'auteur a remplacé la gaze iodoformée par le xéroforme non toxique. Pour amener la dessication du pansement, on peut se servir de tout foyer de chaleur un peu intense, au besoin d'un bec Bunsen si le pansement n'a pas grande surface. L'auteur a encore traité de cette manière onze plaies par arme à feu, sans enlever d'abord le projectile. Il ne s'est pas produit de suppuration et, après la fermeture de la plaie, le projectile a été localisé par la radiographie puis enlevé aseptiquement.

L. JUMON.

Avantages et inconvénients de l'anesthésie spinale, par W. STRUTHERS (*The Edinb. med. J. nov.* 1906). — Depuis deux ans les travaux sur ce mode d'anesthésie ont été assez nombreux pour qu'on puisse se faire une opinion sur sa valeur en chirurgie. On lui attribue moins de dangers en ce qui concerne l'existence et moins d'effets secondaires désagréables qu'avec le chloroforme et l'éther. Dans environ 60 à 70 p. c. des cas il ne se produit ni complications ni effets fâcheux.

Cependant l'auteur rappelle les quatre cas de mort rapportés par Kœnig, Dœnitz et Chaput. Mais les malades se trouvaient dans des conditions particulières.

La paralysie de la respiration s'est produite quatre fois et a nécessité la respiration artificielle parfois pendant quinze à vingt-cinq minutes. On a noté un certain nombre de cas de collapsus succédant à l'injection de l'anesthésique. Les nausées, les vomissements et les selles involontaires se montrent fréquemment, les vomissements survenant particulièrement dans les opérations abdominales.

Même entre des mains expérimentées, il arrive parfois que l'anesthésie est incomplète ou fait défaut. Dœnitz a constaté cette absence dans 4 p. c. sur plus de 300 cas. L'effet secondaire le plus fréquent et en même temps désagréable de l'anesthésie spinale est un mal de tête intense et persistant.

Cet inconvénient apparaît dans 5 p. c. de cas, d'après Schwarz, mais d'autres auteurs indiquent une proportion plus élevée et tous insistent sur le caractère pénible du symptôme. Parmi les moyens variés proposés pour le combattre, le plus efficace paraît être la soustraction de 5 à 10 c. c. de liquide cérébro-spinal par une nouvelle ponction lombaire.

On a noté quelquefois des vomissements et de la fièvre, mais qui ne sont ni sérieux ni de longue durée. Une complication heureusement rare est une paralysie plus ou moins étendue. Ces paralysies peuvent durer plusieurs mois. Il n'existe pas d'autre cas de méningite infectieuse que les deux exemples rapportés par Annenburg : lorsque les précautions convenables sont prises, le danger d'infection du canal rachidien est si petit qu'il ne peut être un argument contre l'anesthésie spinale.

L'auteur conclut que les inconvénients de ce mode d'anesthésie sont assez nombreux et fréquents, pour penser qu'elle doit être préférée à l'anesthésie générale dans l'intérêt du patient comme de l'opérateur. La mortalité est cependant moindre qu'avec le chloroforme, mais plus grande qu'avec l'éther. Il serait désirable de trouver le moyen de diminuer ses dangers et de régler avec plus de soins sa durée et son étendue.

L. JUMON.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

De l'acidité du suc gastrique dans la constipation chronique, par M. SAMUELY (*Arch. f. Verdauungskrankheit., Bd. XII. Heft* 4). — La constipation est souvent accompagnée de troubles gastriques. Il suffirait, d'après M. Samuely, de traiter la constipation pour faire disparaître les troubles subjectifs (douleurs) et objectifs (hyper ou hypoacidité).

L'acidité du suc gastrique serait, d'après l'auteur, très variable, et il n'y aurait pas de chimisme stomacal en rapport avec la cause de la constipation, c'est-à-dire l'état d'atonie ou de spasme de l'intestin.

Dr PIERRE SÉE.

La gastrosucorrhée et son origine réflexe, par M. TAGUET (*Thèse*, Paris 1906). — La gastrosucorrhée peut être définie : la présence à jeun, dans l'estomac, d'une quantité plus ou moins grande de liquide, pouvant varier de 100 à 150 cm cubes à un litre.

D'après M. Taguet, cette affection peut passer par quatre degrés successifs. Le premier stade ne consiste qu'en troubles fonctionnels ; le dernier est, au contraire, d'une extrême gravité.

La partie la plus intéressante du travail, car les indications thérapeutiques en découlent, est sans conteste celle où l'auteur expose la pathogénie de la gastrosucorrhée M. Taguet, en effet, la considère comme une névrose gastrique et pense qu'elle est à l'estomac ce qu'est, à l'intestin, l'entérite mucomembraneuse.

La gastrosucorrhée n'étant dès lors qu'une névrose gastrique, l'auteur recherche toutes les causes qui peuvent lui donner naissance. C'est ainsi qu'il distingue des gastrosucorrhées d'origines nerveuse, traumatique, cardiopulmonaire, rénale, intestinale, hépatique, génitale. On voit, dans ces conditions, l'importance de ces notions étiologiques qui pourront être d'un grand secours pour orienter les efforts de la thérapeutique.

Dr PIERRE SÉE.

Neurasthénie gastrique, par MAC CALLUM (*Brit. med. J.*, 20 oct. 1906). — Les affections gastriques sont rares dans les contrées où les névroses sont peu communes et Weir Mitchell avait fait remarquer la disparition presque constante des troubles dyspeptiques après le traitement par le repos appliqué aux neurasthéniques. Beard a reconnu l'existence de l'estomac neurasthénique, qui ne se confond pas avec la ptose, laquelle est ici une conséquence de la maladie nerveuse. Toute affection fonctionnelle de l'estomac peut avoir sa cause dans la neurasthénie : la stase alimentaire, l'hyperacidité, l'anacidité, l'anorexie ou la boulimie. Beard reconnait la cause des troubles gastriques dans le soulagement qu'éprouve l'hyperacide par l'alimentation, dans la forme capricieuse des troubles gastriques, dans la coexistence d'autres troubles neurasthéniques, dans le soulagement par des sédatifs comme le bromure. La neurasthénie gastrique est souvent associée à des troubles intestinaux, elle est souvent prise pour une dyspepsie catarrhale, le cancer,

la tuberculose ; le résultat du traitement peut éclairer le diagnostic.

Au point de vue du traitement l'auteur fait remarquer que les malades sont difficilement dirigés par leur médecin ordinaire, surtout lorsqu'il s'est écoulé une période considérable avant d'arriver à un diagnostic. Dès le début les malades doivent être prévenus que la guérison de leur neurasthénie demandera dix-huit mois à deux ans, et que les symptômes dyspeptiques peuvent persister pendant tout le temps. Tandis que le repos, une alimentation spéciale, le grand air, le massage, les bains froids et l'exercice sont nécessaires, l'élément le plus essentiel du traitement neurasthénique est l'entraînement du corps et de l'esprit. Le moral peut être relevé par la lecture de certains livres. Enfin dans les soins somatiques, on doit insister sur l'attitude droite et relevée du thorax, de manière à exercer et à renforcer les muscles de l'abdomen et de la colonne vertébrale. Enfin l'auteur met en garde contre les interventions abdominales dans ces cas, l'opération aggravant ou déterminant la neurasthénie, comme le ferait tout traumatisme.

L. JUMON

Les déplacements de l'estomac; traitement, par SOLTAN FENWICK (*The Edinb. med. J. nov.* 1906). — L'estomac peut subir des déplacements en haut, latéralement et en bas. Les déplacements en haut sont consécutifs aux déformations thoraciques à la suite de pleurésie, etc., de tumeur abdominale, de l'ascite, de la grossesse. Les symptômes consistent en éructations, vomissements, dyspepsie et palpitations après les repas, surtout le soir. Le traitement varie suivant les causes, on combattra le météorisme, on défendra les légumes verts et les fruits, on combattra la constipation surtout à l'aide de l'huile de ricin. On ne permettra les féculents et le sucre qu'avec modération, et les malades éviteront de trop boire aux repas. Les boissons gazeuses sont presque toujours nocives. Les aliments doivent être complètement mastiqués. Après le repas on donnera des carminatifs et les antispasmodiques surtout s'il y a de la dyspepsie. Les antiseptiques intestinaux sont indiqués dans les cas de fermentation.

Le déplacement vertical affecte plusieurs formes, en angle, en crochet, ou il est simplement vertical. Ces déplacements rares chez l'homme, sont plus fréquents chez la femme. On a invoqué comme causes la pression sur le foie et la rate, la laxité de la paroi abdominale, le corset trop serré pendant la puberté, un vice de développement. Dans ces déplacements l'estomac se vide mal, d'où des troubles qui surviennent surtout après le repas et des douleurs spasmodiques parfois suivies de vomissements. Il y a souvent de l'insuffisance gastrique et c'est dans ces cas qu'on a noté un bruit de gargouillement perceptible à distance et souvent synchrone avec les mouvements respiratoires.

Les principales indications sont de réduire et de maintenir l'organe déplacé et de combattre les troubles secondaires de la digestion. Le repos au lit est nécessaire chez les personnes anémiées, mais l'exercice convient en général pour fortifier les muscles de la poitrine et de l'abdomen.

La chute totale de l'estomac est la gastroptose. L'auteur décrit ici trois formes symptomatiques, dyspeptique, bilieuse et asthénique. Le traitement sera d'abord prophylactique : pas de corsets serrés chez les jeunes filles, ceinture abdominale pendant les couches et autres soins appropriés, de même chez les personnes qui ont subi des opérations abdominales. Le traitement de la gastroptose est mécanique, dans les cas légers les malades resteront au lit pendant un mois. Dans tous les cas les malades resteront étendues pendant une heure après les repas et enlèveront corsets et ceintures. Les lavages ne doivent être pratiqués que s'il y a de la dilatation et de gastrite chronique. Le massage et l'électricité sont très utiles pour donner de la force aux muscles de l'abdomen. La principale indication est remplie par le port d'un ceinture abdominale qui soutient l'estomac. La ceinture doit être adaptée à chaque cas et doit être appliquée dans la position couchée.

Diverses opérations ont été proposées pour maintenir l'estomac en place, mais jamais de l'avis de l'auteur, les cas ne sont assez graves pour légitimer une opération. S'il y a une sténose du pylore ou du duodénum, la gastro-entérostomie est habituellement suffisante sans sutures de l'estomac au foie ou à la paroi abdominale. La néphropexie du rein droit prolabé n'a aucun effet sur une gastroptose concomitante et l'opération aggrave en général les troubles gastriques.

Le régime doit être réglé suivant les nécessités de chaque cas et suivant la nature des complications L'alimentation doit être légère, abondante, digestible, on évitera les végétaux crus, les sauces, les patisseries,

le sucre et les graisses en excès ; aux repas de l'eau de Vichy ou de Contrexéville. Le traitement médicamenteux doit suivre les indications symptomatiques.

L. JUMON.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON
Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Bronchite fétide et gangrène pulmonaire, leur traitement, par LANCEREAUX (*J. de Médecine interne*, 15 *octobre* 1906). — La muqueuse bronchique peut être affectée par les agents de la gangrène, surtout dans les cas de dilatation des bronches, de là une bronchite fétide, que l'on peut observer aussi dans la bronchite chronique sans bronchectasie. Cette forme de bronchite se traduit par l'abondance de l'expectoration, par une fièvre plus ou moins vive, l'anoréxie, la prostration et la fétidité de l'haleine et des crachats. Si on n'intervient pas, la fièvre et l'asthénie font des progrès rapides, la dyspnée augmente, le pouls s'accélère et faiblit et le malade ne tarde pas à succomber.

On évitera cette complication gangréneuse en traitant énergiquement par les moyens ordinaires toute bronchectasie, surtout lorsque les crachats deviennent fétides. Si la gangrène est arrivée, on peut encore l'enrayer en administrant de bonne heure de l'hyposulfite de soude. Donné à dose suffisante, ce médicament diminue la fétidité de l'haleine et des crachats, mais seulement au bout de quelques jours, parfois une semaine. Les crachats deviennent plus visqueux, perdent leur couleur grisâtre ou verdâtre. L'état général surtout s'améliore rapidement, les forces renaissent et le malade gagne en poids. Il ne subsiste plus que la bronchite chronique qui persiste comme avant la complication.

L'hyposulfite de soude doit être donné à la dose de quatre à cinq grammes par jour dans un sirop gommeux ; on peut lui associer du sirop d'eucalyptus à la dose de 20 à 30 grammes. Si l'hyposulfite pris par la bouche provoque de la diarrhée, ce qui peut arriver, on peut le donner en lavements à la dose de 5 à 15 grammes dans 100 centim. cubes d'eau en y ajoutant 10 à 15 gouttes de laudanum. Le traitement doit durer de six semaines à deux mois.

Dans un cas grave où l'hyposulfite n'était pas supporté par la bouche, Paulesco fit prendre au malade deux ou trois lavements par jour de 5 gr. de médicament par lavement. Si la fétidité reparaît au cours du traitement il faut augmenter la dose. L'hyposulfite de soude semble agir ici comme antiseptique en s'éliminant sous forme d'hydrogène sulfuré par les poumons.

Le traitement de la gangrène pulmonaire est d'abord prophylactique et consiste alors en soins de propreté des foyers grangréneux périphériques, bouche et pharynx, à éviter la pénétration, dans les voies respiratoires, de parcelles alimentaires souillées de salive comme cela peut arriver chez les hémiplégiques et dans les cas de cancer de la langue, etc. On désinfectera la cavité naso-pharyngée dans les maladies à localisations pulmonaires, telles que la rougeole, la grippe. Le traitement médical doit soutenir les forces à l'aide de l'alcool, café, thé, éther. On agira sur le foyer gangréneux du poumon par l'hyposulfite de soude qu'on emploie à haute dose comme dans la bronchite gangréneuse. La pneumotomie peut s'imposer dans les cas de foyer volumineux, unique. S'il est survenu une pleurésie gangréneuse, il faudra ouvrir largement la cavité thoracique pour y pratiquer des lavages antiseptiques.

L. JUMON.

La gymnastique pulmonaire dans le traitement de la tuberculose, par Chas. L. MINOR (*Therapeutic Gazette*, 15 oct. 1906). — La gymnastique pulmonaire comprend des mouvements ou des exercices qui tendent à accroître le volume et à améliorer la forme du thorax et des poumons, dont la résistance aux maladies se trouve ainsi augmentée. Elle a une action prophylactique et thérapeutique.

Au point de vue prophylactique on doit l'appliquer à l'enfance, lorsque par suite de l'hérédité ou de toute autre cause la capacité pulmonaire est insuffisamment développée ; aux poitrines mal conformées, après les maladies qui tendent à limiter la capacité pulmonaire, comme après les pneumonies avec résolution lente ou dans les pleurésies. Le médecin doit donc particulièrement examiner les jeunes malades à ce point de vue et employer souvent le cyrtomètre et le compas d'épaisseur.

L'action curative de la gymnastique pulmonaire doit être étudiée dans les phtisies rapides et les pneumonies caséeuses, dans la tuberculose miliare aiguë, en se-

cond lieu dans les cas chroniques à toutes les périodes et dans ceux qui sont compliqués de lésions laryngées et intestinales, relativement à l'état et à la forme des lésions pulmonaires, et à la nature des symptômes.

On doit exclure du traitement la phtisie floride, les pneumonies caséeuses, la tuberculose miliaire aiguë, puis tous les cas compliqués et avancés, même lorsqu'ils sont apyrétiques, tandis qu'on peut appliquer le traitement avec le plus grand bénéfice dans tous les cas au début, à moins que le début soit aigu. La méthode doit être employée avec circonspection dans les cas moyennement avancés. Si les lésions sont peu avancés, si les lésions sont peu étendues, s'il n'y a pas de température, si la résistance est bonne, la gymnastique respiratoire sera très utile. Il faudra exercer une grande surveillance dans les cas de lésions disséminées avec température normale. Dans les cas de cavernes, sauf lorsqu'il existe seulement une cavité unique, petite, sèche, inactive, il est imprudent de chercher à obtenir une amélioration de la forme du thorax par la gymnastique, l'aplatissement du thorax étant une mesure conservatrice naturelle. Il en est de même dans les cas de transformation scléreuse, de pleurésie sèche.

On ne doit pas toujours se guider sur la température, car il est des cas excessivement avancés et graves qui sont apyrétiques. Par contre il faut toujours s'abstenir en cas de fièvre. La prudence se recommande dans les cas avec expectoration profuse et le repos seul est recommandable dans la tendance aux hémoptysie et aux congestions.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Diagnostic précoce et traitement de la paralysie générale progressive, par le Pr HEILBRONNER (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 *octobre* 1906). — Dans la partie thérapeutique de cette conférence, faite à la Faculté d'Utrecht, l'auteur discute en premier lieu l'indication d'une cure anti-syphilitique : les frictions donneront des résultats dans les cas où des symptômes parétiques d'origine cérébrale précèdent de longtemps les modifications des facultés intellectuelles proprement dites. Il en est de même quand on rencontre une lésion limitée à un des nerfs de la base. L'iodure (1 gr. à 1 gr. 50 par jour) peut être administré sans crainte. Le bromure parvient à calmer les céphalalgies, mais il se montre insuffisant pour enrayer les poussées d'excitation. L'insomnie sera combattue par des bains prolongés de 1/2 à 2 heures, à 35-36° ou par des hypnotiques à doses assez fortes (véronal 0,60 gr. trional 1-1,5 gr., etc.). Si un état épileptoïde se manifeste, c'est l'hydrate d'amylène, à la dose de 4 à 5 gr. en solution aqueuse à 10 0/0, par l'estomac ou en lavement, qui constituera le médicament de choix.

Le placement dans une maison de santé, même au début, s'impose, même si les symptômes d'excitation ou de dépression ne sont encore que peu accusés. Il faut choisir un établissement dans le voisinage du domicile du malade, car des événements imprévus nécessitant l'intervention des proches sont souvent à craindre. Il est bon aussi de déconseiller à l'entourage d'entreprendre des traitements coûteux, dont l'inefficacité est malheureusement à prévoir, et pour lesquels le malade et les siens sont trop souvent prêts à dépenser sans compter.

Les questions d'ordre judiciaire jouent un grand rôle dans la paralysie générale : on pourra souvent conclure à l'irresponsabilité par l'examen de l'écriture, surtout au début de l'affection, lorsque les actes ne portent pas encore le caractère de l'extravagance : il est vrai que souvent la sanction pratique est difficile à obtenir, car la mise en tutelle est d'ordinaire tardive.

E. VOGT.

Le rectum ataxique, par F. MARTIN (*Lancet-Clinic*, oct. 1906). — Parmi les symptômes précoces de l'ataxie locomotrice du côté du rectum on note la constipation opiniâtre, les crises rectales, la diminution de l'excitabilité des sphincters et des troubles de la sensibilité de la muqueuse et de la peau de la région anale. La perte de contraction volontaire du sphincter externe permet de voir facilement la partie inférieure du rectum sans speculum. Souvent après la dilatation l'anus reste ouvert pendant quelques secondes ; l'anesthésie de la marge de l'anus et de muqueuse rectale est marquée.

Dans les crises rectales, la douleur n'a aucun rapport avec l'état de plénitude ou de vacuité du rectum ; quelques malades

ont accusé une sensation de plénitude dans le rectum, mais en l'absence de matières et de toute lésion. La perte de sensibilité de la marge de l'anus peut entraîner l'incontinence.

Le traitement de la constipation ataxique est très peu satisfaisant, mais on a obtenu quelques résultats en engageant le malade à essayer régulièrement d'aller à la selle. On peut essayer les massages abdominaux et donner quelques purgatifs salins légers. L'auteur recommande de donner trois ou quatre milligrammes de physostigmine trois fois par jour avec un laxatif salin. On surveillera les symptômes vésicaux, tels que la rétention et la paralysie vésicales, qui sont des symptômes précoces de la maladie.

L. JUMON.

La céphalée d'origine nasale, par S. DYME (*The Glasgow med. J.*, oct. 1906). — Jusqu'à présent les maladies des cavités nasales ont peu retenu l'attention en tant que cause de céphalalgie. L'auteur signale les affections nasales qui sont particulièrement propres à provoquer ce symptôme. Ce sont les lésions du méat moyen, dans un cas l'ablation du cornet moyen fut suivie d'une guérison presque immédiate de la céphalalgie, puis l'hypertrophie ou l'œdème de l'extrémité antérieure d'un des cornets moyens, le catarrhe du sinus, le catarrhe des cellules éthmoïdiennes antérieures. L'ozène ne provoque pas la céphalée parce que les ouvertures des cavités accessoires restent perméables. Une céphalée très intense survenue au cours d'une sinusite chronique doit faire penser à une complication méningée. D'autres lésions des fosses nasales peuvent déterminer une céphalée moins grave, il en est ainsi de la déviation de la cloison, d'un polype, de l'hypertrophie du cornet inférieur, où la céphalée est souvent localisée dans la région occipitale. L'auteur signale encore comme causes les tumeurs du naso-pharynx, les affections malignes.

Le traitement approprié de la céphalée nasale découle de la suppression de sa cause. Dans les cas non compliqués de congestion ou d'inflammation aiguë de la muqueuse, le traitement local sous la forme d'un spray de chlorure d'adrénaline (1 : 10.000), de menthol dans la paroléine, ou les douches alcalines procurent du soulagement jusqu'à ce que la muqueuse revienne à son état normal. Il est préférable de ne pas user de la cocaïne, si souvent prescrite, à moins que l'application ne soit faite par le médecin lui-même. L'administration interne des médicaments habituellement prescrite en pareil cas ne doit pas être négligée.

L. JUMON.

Emploi du bromure de méthylatropine dans les affections du système nerveux, par HUDOVERNIG (*Berl. klin. Wochenschrift*, 15 octobre 1906). — Ce sel contient 20,84 0/0 de brome : il est peu soluble dans l'eau froide, beaucoup moins toxique que le sulfate d'atropine et n'influence que fort peu les sécrétions : son action sur le péristaltisme intestinal est identique à celle du sulfate d'atropine.

L'auteur a traité 37 malades en leur administrant le remède sous forme de poudre ou de pilules.

Dans 8 cas de *douleurs fulgurantes du tabès*, il y eut 6 succès, 1 insuccès complet et 1 amélioration. La dose de 0,002 gr., deux fois par jour, a suffi pour obtenir ces résultats. Les crises sont supprimées pendant 5 à 10 jours après l'administration du médicament.

Dans 3 cas de *céphalalgie spécifique*, les mêmes doses ont produit les mêmes effets : des résultats identiques furent obtenus dans 3 cas de *céphalalgies anémiques*.

Dans 3 cas sur 4 de céphalées nerveuses, et dans 2 cas d'hyperidrose nerveuse, la guérison fut rapidement obtenue.

Des malades atteints de *névralgies* et *douleurs rhumatismales*, au nombre de 9, furent traités systématiquement par le bromure de méthylatropine, à la dose de 2 mgr. trois fois par jour. Parmi ces cas, tous rapidement guéris, il y a 3 névralgies du trijumeau (2 aiguës, 1 chronique) et deux sciatiques aiguës.

Le médicament est inefficace dans l'*épilepsie*, la *paralysie agitante* et le *tic convulsif*.

L'auteur n'a jamais observé de troubles accessoires : il n'a constaté d'accoutumance.

La forme pilulaire diminue l'efficacité du remède : en l'additionnant d'autres médicaments à effets analogues (pyramidon, aspirine, salicylate de soude, etc.), on obtient une action encore plus énergique.

E. VOGT.

Action thérapeutique de la scopolamine dans la maladie de Parkinson, par J. PARISOT (*Revue médicale de l'Est*, 1er *nov.* 1906). — La scopolamine, à une dose très faible —

un quart de milligramme est presque toujours suffisant — arrête le tremblement parkinsonnien, et diminue tous les symptômes qui l'accompagnent habituellement, douleurs, raideurs, etc. Les malades atteints de contracture généralisée seulement, sans trémulation sont également améliorés. La suspension des divers symptômes dure de 12 à 20 heures dans le premier cas, en moyenne, et de 45 à 50 dans le second. Lorsqu'on cesse l'administration du médicament, tous les phénomènes habituels reparaissent ; cependant Parisot a constaté qu'après les injections le tremblement était moins violent, moins continu pendant trois ou quatre jours, mais qu'il reprenait ensuite son intensité primitive. Il faut cependant se rappeler qu'à dose très peu élevée, la scopolamine peut produire chez certains sujets des phénomènes d'intoxication dus à leur plus grande susceptibilité à l'égard du médicament. Aussi, au début on n'emploiera qu'un quart de milligramme et dans la suite on ne dépassera pas un milligramme. Un inconvénient, qui découle des avantages du médicament, c'est l'habitude que le parkinsonnien prend de son injection, car il réclame vivement l'injection qui le soulage. Cependant il ne semble pas y avoir accoutumance bien notable à la scopolamine, car un quart de milligramme suffisait encore au bout de cinq mois pour arrêter le tremblement. Il sera bon d'espacer de temps en temps le nombre des injections, d'en faire des séries de 10 à 12, de cesser trois ou quatre jours, puis reprendre. On pourra donc employer avec avantage le bromhydrate de scopolamine chez tous les parkinsonniens, qui ont des tremblements et de la raideur très accentués. Si les malades ne sont pas guéris, ils sont du moins soulagés et tranquilles.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE

Ancien interne des hôpitaux

Indications et valeur de la galvanocàustie dans les diverses formes de tuberculose laryngée, par ESCAT (*Arch. internat. de laryngol. Septembre* 1906).

La galvanocaustie appliquée au traitement de la tuberculose du larynx est irrationnelle quand on l'applique à tous les cas; très efficace dans certaines formes, elle est nuisible dans d'autres.

Le principe suivant domine les indications : la galvanocaustie semble d'autant plus efficace que la lésion laryngée est plus torpide et plus localisée et par suite d'autant plus inutile que la lésion est plus éréthique et plus généralisée.

Le *lupus* est la forme de tuberculose laryngée qui tire le plus de bénéfice de l'emploi du cautère ; c'est le traitement de choix vraiment curateur. L'auteur a traité 14 cas dans lesquels se trouvent 3 cas où les lésions étaient étendues, profondes et généralisées à tout le larynx ; tous ces malades ont été très améliorés ou guéris.

La tuberculose nodulaire des cordes vocales est justiciable de la galvano-cautérisation. Dans un cas, la guérison de la lésion laryngée persista pendant 2 ans mais la malade fut emportée par la tuberculose pulmonaire ; dans un autre la cicatrisation se maintint pendant 3 ans puis la récidive survint sous la forme infiltrée contre laquelle le cautère fut impuissant.

La tuberculose néoplasique simulant un épithéliome pourrait relever de ce traitement ; après l'ablation de la masse, l'ignipuncture du pédicule paraît indiquée ; la cautérisation de la tumeur ne doit se faire que si l'état du malade ne permet point l'ablation chirurgicale ou s'il refuse celle-ci.

Les foyers circonscrits de tuberculose vulgaire sous forme de végétations ou d'ulcérations isolées sont encore traitées avec succès par la galvanoscaustie ; telles sont les ulcérations et infiltrations limitées à l'épiglotte, aux cordes vocales, l'infiltration d'un arythénoïde,l'ulcération végétante ou non de l'espace inter-arythénoïdien.

Les *contre-indications* de la galvanocaustie sont infiniment plus nombreuses que les indications ; ce sont : l'inflammation aiguë ou subaiguë qui complique fréquemment la tuberculose chronique, la généralisation des lésions à toutes les parties du larynx, l'infiltration tuberculeuse sténosante, la dysphagie, le nervosisme avec tendance au spasme glottique, enfin, les lésions pulmonaires avancées.

La cautérisation, dans les cas où le larynx est rouge, risque de donner un coup de fouet à l'état aigu ou subaigu.

Chez une jeune fille de 20 ans, il survint 2 fois sur 5 séances une crise de spasme glottique qui nécessita le tubage ; un

mois après la dernière séance et dans la nuit qui suivit un simple examen de larynx elle fut prise d'un spasme de la glotte qui l'emporta.

La technique employée par M. Escat est la suivante : 1° anesthésie du pharynx par des pulvérisations de cocaïne à 1/10 et d'adrénaline à 1/200 bientôt suivie d'anesthésie du larynx par des instillations de la même solution à l'aide d'une seringue laryngienne. 2° séance d'épreuve consistant en quelques cautérisations assez énergiques sur le foyer principal. Le cautère pointu sert à l'aquipuncture des infiltrations de l'arythénoïde, de l'épiglotte, des bandes ventriculaires.

Le cautère boutonné sert à cautériser les ulcérations ; le cautère plat latéralement permet de cautériser la face interne des bandes ventriculaires ou à égaliser le bord libre des cordes vocales ; avec le cautère plat transversalement on peut cautériser les ulcérations et bourgeonnements de l'espace inter-arythénoïdien.

Après la séance d'épreuve le malade est tenu en observation jusqu'à cessation de l'anesthésie cocaïnique, c'est-à-dire une heure.

La réaction inflammatoire est à peu près nulle dans le lupus, mais est assez vive dans la tuberculose vulgaire.

La séance est répétée au bout de 8 jours ; quant au nombre il varie avec chaque malade. La cautérisation ne porte chaque fois que sur un seul côté du larynx afin de limiter l'œdème secondaire, s'il venait à se produire et de ne provoquer que le moins de dysphagie possible.

En dehors du lupus, l'auteur évalue à 5 0/0 la proportion des cas de tuberculose laryngée qui retirent un avantage de la cautérisation.

A. COURTADE.

Quelques remarques concernant certaines actions indirectes de l'adrénaline, par OKOUNEFF (*Arch. internat. de laryngol. Juillet* 1906).

A côté de ses immenses avantages l'adrénaline présente quelques inconvénients ; elle provoque une grande sécheresse des muqueuses chez les orateurs, chanteurs, instituteurs, ce qui est très désagréable, car cette sécheresse détermine la toux, du châtouillement et d'autres sensations pénibles dans le gosier.

Chez une chanteuse atteinte de laryngite aiguë avec aphonie, les inhalations d'une solution d'adrénaline à 1 pour 10.000, pratiquées 3 fois par jour, à raison de 15 inspirations par séance produisirent en 2 jours, une sensation de sécheresse tellement désagréable qu'on dut en suspendre l'emploi.

Cet inconvénient n'existe pas pour le nez ou le rhino-pharynx surtout dans les inflammations aiguës.

L'application de l'adrénaline dans l'oreille n'a pas été satisfaisante. M. Okouneff avait fait une instillation d'une solution d'adrénaline (à 1/1000) dans la caisse par la voie de la trompe d'Eustache, à une dame atteinte d'otite moyenne catarrhale sèche ; l'instillation fut immédiatement suivie de douleurs dans l'oreille moyenne, douleurs qui persistèrent toute la soirée. L'expérience fut renouvelée 3 jours après et détermina encore des douleurs, ce qui fit abandonner le médicament par l'auteur, pour ce mode d'application. M. Okouneff prescrit des pulvérisations avec une solution d'adrénaline (1/10.000) à une dame atteinte de laryngite aiguë avec aphonie presque complète. Après la 2e pulvérisation, la malade commence à sentir des douleurs lancinantes dans la partie supérieure du thorax ; après la 3e des douleurs et des tiraillements tout le long de la colonne vertébrale ; après la 4e, outre les phénomènes précédents, la malade s'endormit mais fut réveillée à 7 heures du matin par de violentes palpitations accompagnées de vomissements bilieux répétés.

On ne pouvait imputer tous ces accidents qu'à l'emploi de l'adrénaline, car cette dame était atteinte d'une sensibilité anormale à l'égard d'autres médicaments tels que la morphine, le salicylate de soude, la quinine.

A. COURTADE.

Ophtalmologie

Dr DARIER

Ancien président de la Sté d'Ophtalmologie

L'œil artificiel, par le Dr A. TROUSSEAU, (*Journal de Méd. et de Chir. pratique*, 23 févr. 1906).

L'œil artificiel est une coque d'émail qui s'enchasse entre les paupières après l'énucléation ou l'atrophie chirurgicale ou pathologique du globe oculaire afin de remplacer la portion apparente de celui-ci.

Les meilleurs moignons sont ceux qui atteignent le quart du volume de l'œil nor-

mal; ils sont constitués par l'œil atrophique et insensible de forme sphérique ou obtenu par l'opération de Critchett (amputation du segment antérieur) terminée par la suture conjonctivale de de Wecker. La cavité destinée à recevoir la pièce doit être nette, sans brides ou bourgeons, non irritée, non sécrétante. Pourvu que toute trace d'inflammation ou de sécrétion ait disparu, elle sera prête à recevoir l'appareil 3 à 4 semaines après l'intervention. Il ne faut pas hésiter à faire porter une pièce aux enfants même en bas âge et ceci aussi tôt que possible.

Connaissant les conditions que doivent remplir la pièce artificielle et la cavité qu'elle garnit, insistons sur l'usage de l'œil artificiel. Mis le matin, il doit être retiré le soir et lavé à l'eau boriquée tiède, puis essuyé avec une compresse fine et stérile et placé dans une boîte ad hoc, garnie de coton hydrophile souvent renouvelé. Il ne faut jamais le laisser séjourner dans l'eau la nuit, comme cela se fait couramment, il deviendrait rugueux et s'userait très vite. Il ne doit être manipulé que par des mains soigneusement nettoyées, exemptes de toute souillure. Son asepsie parfaite garantit son long usage, sa bonne tolérance et évite qu'il ne devienne pour la conjonctive agent d'inoculation. Il sera bon que le sujet soit muni d'un œil de rechange conservé dans un flacon stérile. La durée d'un œil est de porté au-delà d'une année.

Le médecin doit savoir mettre et enlever la pièce et apprendre au malade à faire aisément ces petites opérations, qui seront pratiquées, la tête penchée en avant au-dessus d'une serviette afin d'empêcher le bris de l'émail si fragile.

Il faut d'abord répérer l'orientation de la coque; son diamètre horizontal est indiqué par les vaisseaux sanguins opposés l'un à l'autre, l'extrémité temporale est plus volumineuse que la nasale, laquelle est munie d'une encoche qui doi ttoujours être placée en haut et en dedans.

On saisit la pièce transversalement et on introduit d'abord son bord supérieur sous la paupière supérieure en faisant regarder le malade en bas, puis abandonnant la pièce, on abaisse la paupière inférieure en faisant regarder le malade en haut, le bord inférieur de la pièce va se loger sous la paupière corespondante et l'introduction est parfaite.

Pour enlever la pièce on se servira ou d'un crochet spécial ou d'une tige mousse quelconque qu'on introduira sous le bord inférieur de la pièce en abaissant la paupière inférieure pendant que le malade regarde en l'air; on fait ainsi, par un mouvement de bascule, passer par dessus la paupière inférieure, la pièce qui s'échappe aisément quand le malade regarde en bas dans un dernier temps.

Des soins seront pris pour le bon entretien de la cavité.

La cavité normale doit être lavée matin et soir avec l'eau boriquée tiède saturée ou l'eau bouillie. On peut maintenir quelque temps la solution en contact avec la muqueuse en remplissant les paupières très écartées, avec le liquide et en faisant renverser en arrière la tête du malade.

Si la cavité s'irrite et devient douloureuse, c'est que la pièce est en mauvais état, rugueuse, usée ou que ses bords sont tranchants, il faut la rejeter et la remplacer par une nouvelle après quelque jours de repos complet de la cavité qu'on protègera seulemnt par un léger bandeau flottant. Si la cavité secrète moyennement, vérifier la pièce, en suspendre l'emploi et faire 2 ou 3 irrigations par jour avec la solution suivante:

Eau	1.000 gr.
Cyanure d'Hg	0 gr. 30

Si la cavité secrète abondamment, la mettre encore au repos, y instiller 4 à 5 fois par jour quelques goutes du collyre.

Eau	10 gr.
Argyrol	1 gr.

En cas d'échec badigeonner tous les jours celle-ci avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 2 0/0.

S'il existe des bourgeons charnus, les réséquer et cautériser au nitrate d'argent liquide. S'il existe des brides ou des adhérences peu étendues, les sectionner, mais en faisant une suture de la muqueuse pour en empêcher la reproduction. En cas d'adhérences très étendues, de symblépharon il faut avoir recours à de difficiles et aléatoires opérations d'autoplastie ou d'hétéroplastie.

En résumé, l'asepsie de la pièce et de la cavité étant bien assurée, le port de l'appareil prothétique ne sera bien toléré que si on réalise ce desideratum: pièce nette dans une cavité saine.

A. Darier.

Traitement du catarrhe printanier, par R. Jocqs. (*La Clinique Oph.*, *n°* 20, 1906). Cette affection ,définie par Arlt en 1846 :

une infiltration du limbe par des masses transparentes, gélatineuses, gris jaunâtre, a été aussi assez heureusement désignée par Saemisch sous le nom de catarrhe printanier pour expliquer son apparition et sa recrudescence saisonnière.

Quand elle atteint la conjonctive tarsienne supérieure, elle se présente sous un tout autre aspect. Tantôt la conjonctive reste unie, dépourvue d'aspérités volumineuses (car il en existe de très petites vues à la loupe), mais elle prend une coloration laiteuse anémiée et un aspect légèrement œdémateux. Tantôt, elle se couvre de végétations dures, régulières, arrondies lorsqu'elles sont isolées; polyédriques, lorsqu'elles sont tassées. Traitement : Nombreuses et profondes scarifications et tous les jours un massage digital prolongé avec la pommade jaune à 5 0/0. Les scarifications seront plusieurs fois renouvelées, le traitement sera long ; mais la guérison sera complète.

Le massage digital médicamenteux fait avec soin et persévérance a donné de nombreuses satisfactions dans les affections exubérantes de la conjonctive.

Jusqu'à présent l'auteur avait obtenu des résultats satisfaisants, mais incomplets, avec le massage médicamenteux, et surtout, dans ces derniers temps, avec l'instillation d'adrénaline. Mais c'est la première fois qu'il voit une guérison rapide, complète et définitive. La péritomie s'est montrée insuffisante mais la cautérisation ignée a produit un résultat incontestable.

A. Darier.

Maladies vénériennes — Maladies de la peau

Dr Morel-Lavallée

Médecin des hôpitaux

Pathologie et traitement de la lèpre, par Unna (*Monatsch. f. prakt. Dermatologie* 42, 12, 1906). — L'auteur ne partage pas le pessimisme de Hansen ; il estime qu'avec de la persévérance, on arrive à guérir les lépreux : le nombre des cas traités est de 60 : il s'agissait de lèpre à manifestations cutanées.

La grande difficulté qui s'oppose à un traitement efficace tient au manque de réaction de la peau et à la lenteur du métabolisme, les espaces lymphatiques du tissu conjonctif étant remplis de bacilles : les médicaments ne parviennent pas aisément à pénétrer jusqu'aux foyers d'infection. Le bacille enfin donne naissance, dans son intérieur, à un corps gras solide, et les bacilles vivants s'entourent d'une gangue de bacilles morts, ce qui rend fort difficile la pénétration de solutions aqueuses.

Les bains chauds d'encre, préparés extemporanément au moyen de sulfate de fer et de tannin, agissent sur le corps gras bacillaire : on peut aussi appliquer un fer à repasser chaud pendant quelques secondes sur le point malade protégé par plusieurs couches de flanelle.

Pour déterger les espaces lymphatiques, il faut utiliser la compression au moyen de pansements, et le massage : les lépromes s'aplatissent sous leur influence : on les combinera au traitement antibacillaire pour éviter les embolies, qui pourraient donner naissance à de nouveaux lépromes.

On peut aussi chercher à saponifier le corps gras au moyen d'une pâte caustique à base de potasse caustique : pour éviter la formation de chéloïdes, on fait des injections de thiosinamine.

Parmi les médicaments spécifiques, Unna indique d'abord le pyrogallol (pommade à 5 0/0, additionnée de 5 0/0 d'ichthyol et de 2 0/0 d'acide salicylique). Les effets toxiques sont annihilés par l'ingestion d'acide chlorhydrique dilué. La pâte résorcinée est moins efficace : l'acide phénique concentré est un excellent caustique pour les lépromes circonscrits et peu saillants. Pour combattre les lépromes récent ou profonds, on se servira d'injections sous-cutanées à 2 0/0. La chrysarobine n'agit que sur les lésions peu marquées : le soufre rend de grands services lorsqu'il s'agit d'amener à guérison complète les lésions cutanées produites par les médicaments énergiques.

L'ichthyol à l'intérieur, et les injections d'huile camphrée exercent des effets toniques généraux.

L'huile de chaulmoogra est le meilleur spécifique interne : on la prescrit en capsules kératinisées ou en lavements à base de lait. Il faut toujours combiner les traitements externe et interne, ne jamais se reposer un jour, varier les médications pour éviter l'accoutumance, et ne cesser le traitement externe que lorsque toutes les lésions ont disparu.

Le traitement interne sera continué pendant des années après cessation du traitement externe.

L'auteur est un adversaire résolu des trai-

tements énergiques de courte durée : avec eux, on n'obtient que des guérisons apparentes.

E. VOGT.

Sur le traitement des brûlures, par S. OPPENHEIM (*Merck's Archives*, octobre 1906). — La première indication à suivre dans les cas de brûlure est de combattre la douleur et le shock. Si la blessure n'est ni trop étendue ni trop profonde, cette indication est remplie par l'application du pansement. Une brûlure est pratiquement une plaie aseptique. Si donc on n'y a pas encore touché, le pansement appliqué par le médecin pourra rester plus ou moins longtemps en place. L'auteur emploie d'une façon courante les pansements à la solution d'acide picrique à 1 p. c. Il recommande de ne pas ouvrir trop tôt les phlyctènes, ce qui dispose à l'infection et retarde la guérison. Ce n'est que dans le cas où les vésicules sont petites et la brûlure légère qu'on peut prudemment vider la vésicule pour permettre à l'épiderme d'adhérer au derme et d'agir à la façon d'une greffe. Il n'est pas prudent de changer trop souvent les pansements sans motifs. A défaut d'acide picrique, on peut se servir du liniment oléo-calcaire, d'huile de ricin, d'eau glacée, de blanc d'œuf, d'une solution de bicarbonate de soude. Si une pommade est nécessaire, l'auteur recommande la suivante:

Ichtyol	8 gr.
Acide borique	2 —
Alun	0,20
Lanoline	8 —

Pétrole .. q. s. pour 30 gr.
ou bien:

Sous-nitr. de bismuth.	8 gr.
Menthol	0 — 15
Acide salicylique	0 — 15
Acide borique	1 — 20
Onguent simple q. s. pour	30 gr.

Si la douleur et le shock sont intenses ou la brûlure profonde, faire une injection de morphine ou d'héroïne avant le pansement, on peut y joindre la strychnine.

En combattant la douleur et le shock on ne doit pas perdre de vue le danger des opiacés chez les enfants.

Pour favoriser la séparation des tissu mortifiés, appliquer pendant quelques jours des pansements tièdes humides, antiseptiques, légèrement astringents. Le pansement peut être fait avec une solution à 1.2000 de sublimé et on verse quelques gouttes d'eau oxygénée sur les parties adhérentes. Si la plaie est infectée on la traite comme toute plaie dans les mêmes conditions.

L. JUMON.

Réflexions à propos des idées régnantes sur le traitement de la syphilis, par A. MANQUAT (*La Province médicale*, 17 nov. 1906). — Depuis quelques années le mercure a pris une place prépondérante dans le traitement de la syphilis et il est devenu le médicament de tous les accidents syphilitiques, quelle que soit la période de la maladie. Le traitement est devenu plus intensif et plus prolongé et les injections mercurielles ont pris une grande extension. On accepte généralement, depuis quelques années, que la valeur thérapeutique d'un sel de mercure dépend de sa teneur en mercure, mais certains reconnaissent déjà qu'à doses égales de mercure, tous les sels n'ont pas la même efficacité. Pour Manquat, la connaissance de l'efficacité relative des diverses préparations mercurielles ressortit exclusivement de l'observation clinique. La notion de la teneur en mercure de chacune d'elles n'apporte aucun élément certain d'appréciation.

L'auteur s'élève ensuite contre ce principe de donner la dose maxima tolérée. Rien ne prouve qu'on ne puisse guérir avec des doses moindres et, d'autre part, des doses élevées peuvent être nuisibles non seulement à l'agent pathogène mais à l'organisme lui-même. Au contraire, le médicament devrait être administré à la plus petite dose efficace, car la toxicité n'est point la mesure de la nocivité d'une substance médicamenteuse. En fait, des observations montrent que la résistance du syphilitique aux maladies et même à la syphilis diminue, lorsque son organisme est neutralisé d'une façon trop intense. Il est inexact de dire que l'intensité du traitement est la condition du succès et qu'il faut pousser la mercurialisation jusqu'aux limites de la tolérance ; il faut la pousser jusqu'au point où elle guérit les malades.

On a soutenu ensuite que seul le mercure réduit des préparations avait une influence sur la syphilis. Pour Manquat, il n'y a aucune preuve que tous les composés mercuriels se résolvent en mercure : il n'y a aucun rapport démontré entre ce processus chimique et l'activité des diverses préparations mercurielles.

Au total, c'est l'observation clinique seule

qui peut permettre de préciser le meilleur emploi du mercure, qui est encore du domaine de l'empirisme. Après avoir rappelé les doses moyennes pour les principales préparations mercurielles, l'auteur pense que la preuve de la syphilis avortée par un traitement intensif n'est pas encore faite. Quant aux doses intenses contre des accidents graves ou rebelles, comme 0,10 centig. de calomel deux fois par semaine, elles sont inutiles et dangereuses : inutiles puisque l'observation démontre la valeur curative du mercure à doses moitié moindres sans que le fait de les élever soit un sûr garant d'efficacité dans les cas rebelles ; dangereuses, parce qu'avec elles on a les plus grandes chances de provoquer des phénomènes d'intoxication. Enfin le traitement intensif a des contre-indications formelles qui sont : le diabète, l'albuminurie, les troubles de l'intestin, l'asthénie générale et toutes les cachexies ; il faut encore tenir compte des idiosyncrasies. Seuls quelques sujets vigoureux ayant de bons émonctoires supporteront ces fortes doses. Comme règle, on commencera donc par une dose modérée (soit 0 gr. 02 de benzoate ou de bi-iodure),et on n'élèvera les doses que progressivement en surveillant très attentivement le malade au point de vue des réactions toxiques.

L. JUMON.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Technique physiologique des lavages de l'urètre, par DUCHASTELET (*Association française d'urologie*, 1906). — Chez les malades qui ne supportent pas les lavages urétraux avec la canule de Janet, qui présentent du spasme urétral et même de la congestion et de l'urétrorragie de la muqueuse urétrale par suite de la distension du canal par la pression de la colonne liquide, il vaut mieux pratiquer le lavage avec une sonde.

Il faut employer une sonde de caoutchouc très fine, du n° 12 au maximum : on fait couler le liquide à mesure qu'on avance la sonde dans le canal, en laissant ressortir celui-ci en même temps entre la sonde et la paroi du canal. On arrive ainsi à laver progressivement toute l'étendue du canal, sans spasme, sans tension : l'urètre postérieur peut lui-même être lavé, ainsi que la vessie, et d'une façon aseptique puisque le liquide ressort au fur et à mesure que la sonde s'avance sans refouler de pus dans les régions plus profondes.

La cocaïnisation est un procédé d'exception, car elle risque de propager l'infection dans les régions profondes et si elle supprime la sensibilité à la douleur, elle ne supprime pas la sensibilité à la tension qui ne peut plus être appréciée à cause de la suppression de la douleur ; et cette tension, masquée par l'anesthésie, peut amener les troubles signalés plus haut, congestion et œdème de la muqueuse, urétrorragie, difficulté de la miction.

M. DESCHAMPS.

De la réparation des pertes de substance de l'urètre (*Bulletin de la Soc. de chir.*, 17 oct. 1906). — Dans les pertes de substance traumatiques ou opératoires de l'urètre, Legueu a renoncé à tenter la réunion bout à bout par première intention : d'après lui, il y aurait toujours rupture d'un ou de plusieurs points, d'où production d'indurations périphériques qui provoquent rapidement un rétrécissement très serré du canal ; il préfère aboucher les deux bouts de l'urètre à la peau du périnée et dans une seconde opération, lorsque l'abouchement est bien net, il obture les deux fistules par deux lambeaux cutanés, reconstituant ainsi par autoplastie le canal de l'urètre qui reste souple et large dans la suite. Lorsque le bout supérieur n'est pas retrouvé, il n'hésite pas à recourir au cathétérisme rétrograde pour le repérer.

Broca et Hartmann rejettent le cathétérisme rétrograde dans les ruptures de l'urètre ; ils se contentent d'inciser le périnée, et si les deux bouts ne sont pas retrouvés, ils laissent le malade pisser par son incision périnéale ; mais ils ne croient pas possible non plus la suture immédiate bout à bout, au milieu de tissus déchiquetés et infiltrés.

Poirier croit le cathétérisme rétrograde indiqué seulement dans les cas de fracture du pubis ayant pu déchirer la vessie.

Bazy ne tente pas non plus la suture immédiate bout à bout quand il y a infiltration sanguine ; mais il reste partisan très convaincu de cette suture dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre : alors même qu'il existe une perte de substance très notable, alors même qu'il a réséqué une assez longue portion de l'urètre, il n'hésite pas à faire la suture bout à bout, et les résultats qu'il a obtenus à plusieurs reprises n'ont fait que l'encourager dans cette pratique, il a ainsi opéré plusieurs

malades qui ont conservé un urètre de calibre normal et de souplesse parfaite.

M. DESCHAMPS.

La tuberculose vésicale et sa curabilité, par ROVSING (*Hospitalstidende, 4 et 11 juillet* 1906). — Le début de la tuberculose urinaire se fait ordinairement par le rein : le diagnostic de tuberculose rénale doit donc être précoce pour que le traitement puisse être efficace : il faut rechercher le bacille de Koch dans les urines purulentes suspectes de tuberculose : une urine contenant du pus sans microbes est la plupart du temps une urine tuberculeuse Il faut faire aussi le diagnostic de l'unilatéralité des lésions : la séparation et le cathétérisme des uretères y aideront, mais dans certains cas douteux il faudra avoir recours à l'incision exploratrice, et quelquefois à la ponction du bassinet. La première chose à faire c'est d'enlever le rein tuberculeux, source de l'infection.

Pour le traitement de la tuberculose vésicale, la taille et la cautérisation donnent de mauvais résultats ; le traitement local qui donne le plus grand nombre de guérisons est celui des lavages phéniqués : on injecte tous les deux jours dans la vessie vidée préalablement 50 c.c. d'eau phéniquée chaude à 6 0/0 : on l'y laisse trois ou quatre minutes et on la rejette ; on recommence l'injection trois ou quatre fois de suite jusqu'à ce que l'injection ressorte claire. Ce traitement est douloureux, il faut mettre en même temps dans le rectum un suppositoire contenant 0 gr. 02 de morphine.

M. DESCHAMPS.

Gynécologie et Obstétrique

Dr R. BLONDEL

Chef de laboratoire
à la Maternité de la Charité

De la blennorragie féminine, par A. RENAULT (*Journal des Praticiens, 25 août* 1906). — La symptomatologie de la blennorragie féminine revêt, soit la forme aiguë (douleurs en urinant, prurit, écoulement, érosions vulvaires, folliculites, bartholinites, métrite, vaginite, etc.), soit la forme chronique ou latente (leucorrhée, douleurs abdominales ou lombaires vagues, érosions du cul-de-sac postérieur et du col utérin, écoulement utérin, végétations polypiformes du méat, métrite purulente ou hémorragique, oophoro-salpingite). Le diagnostic sera fait par l'examen *bactériologique* : il faut de préférence rechercher le gonocoque deux ou trois jours avant les règles : c'est le moment de la repullulation.

L'état aigu sera traité par le repos, les grands bains tièdes, les compresses de décoction de guimauve et de pavot sur la vulve (faire bouillir 30 gr. de racine de guimauve et une tête de pavot dans 1 litre d'eau pendant 10 minutes), les tisanes émollientes, l'abstention des épices, des asperges, etc., les injections de permanganate de potasse de 1/4000e à 1/1000e en augmentant progressivement le titre, renouvelées trois ou quatre fois par jour : les bains vaginaux avec le spéculum grillagé ; l'application de tampons vaginaux ou d'ovules à la glycérine iodoformée de 5 à 10 0/0.

Le traitement de la blennorragie chronique doit être étudié pour chaque localisation en particulier.

Les folliculites seront cautérisées avec la pointe fine du galvano ou du thermo, ou avec une aiguille de platine chauffée au rouge.

Les bartholinites doivent être incisées sur toute leur longueur et la cavité vidée doit être pansée à la gaze iodoformée : s'il persiste une fistule il faudra faire l'ablation de la glande.

La métrite sera traitée par les injections de permanganate ou de sublimé de 1/4000 à 1/1000 en augmentant progressivement le titre, ou par l'application de crayons de sublimé (2 à 6 milligr. pour 1 crayon) ou de bougies iodo-tanniques : dans les cas rebelles on fera l'écouvillonage du canal avec une mèche enroulée et imbibée de nitrate d'argent à 1/50 ou 1/20 ou de chlorure de zinc à 1/20.

Contre la vaginite chronique rebelle aux injections, on fera l'écouvillonage comme pour l'urètre, et on mettra des tampons de glycérine iodoformée.

Contre l'endométrite cervicale il faut faire des cautérisations à la teinture d'iode, au nitrate d'argent ; contre l'endométrite totale il faut faire la dilatation et le pansement intra-utérin à la gaze iodoformée tous les jours après écouvillonage deux fois par semaine à la glycérine créosotée au quart.

Les poussées d'oophoro-salpingite et de pelvi-péritonite seront traitées par le repos, les bains, les cataplasmes, les lavements émollients, l'intervention chirurgicale.

R. BLONDEL.

Valeur du massage gynécologique dans le traitement des affections utéro-annexielles, par J. MEURICE (*La Belgique Médicale* 18 octobre 1906). — En s'appuyant sur une série de 16 malades atteintes de formes variées d'annexite et traitées par le massage gynécologique, l'auteur discute l'opportunité de ce mode de thérapeutique physique. Il a employé le massage vagino-abdominal par frictions circulaires pratiquées avec douceur et dont l'action est surtout décongestionnante. L'auteur a obtenu 7 guérisons, 5 améliorations, 4 insuccès. L'amélioration se montre vers la cinquième séance par une diminution des douleurs abdominales, lombaires et anales les douleurs disparaissent à mesure qu'on poursuit le traitement. On constate d'autre part la résolution de la tumeur annexielle ; cette action résolutive du massage gynécologique est surtout marquée dans les cas où la lésion inflammatoire forme une tumeur empâtée, molle, mal délimitée, c'est-à-dire dans les cas de cellulite. Si les tissus sont frappés de sclérose, le massage n'a que peu ou point de prise sur eux, souvent encore les phénomènes d'insuffisance ovarienne sont amendés et supprimés par le massage, ce qui vient à l'amélioration dans les conditions circulatoires. Le massage est indiqué, non pas dans tous les cas d'affection utéro-annexielle, mais dans certaines formes d'annexite de date peu ancienne. Les séances doivent être courtes, fréquemment répétées et continuées pendant une durée de deux mois environ.

L. JUMON.

Pédiâtrie

Dr E. THIERCELIN

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Scorbut infantile dû au lait stérilisé (*Soc. méd. des hôp.* (26 *oct.* 1906), par le Dr J. COMBY. — M. J. Comby a observé en 8 années, 10 cas de scorbut infantile, dont 9 étaient dûs à l'usage de laits modifiés (lait maternisé de Gaertner, lait fixé, lait oxygéné).

Le cas présent est causé par le lait stérilisé industriel. Il s'agit d'une enfant de 12 mois et demi, présentant les signes suivants : ecchymoses gingivales, pseudoparalysie douloureuse, dépérissement. L'enfant redoutait tout contact et tout mouvement et poussait d'incessants gémissements. L'absence de gonflement osseux, d'hématome fémoral ou tibial fit porter le diagnostic de scorbut infantile fruste.

M. Comby supprima le lait stérilisé, prescrivit du lait frais bouilli, et fit prendre, par jour, trois cuillerées à café de jus d'orange et de raisin. Les symptômes s'amendèrent rapidement, et la guérison fut complète.

Dr Pierre SÉE.

De l'oligosidérémie des jeunes enfants, et de ses rapports avec la chlorose des jeunes filles, par MM. E. RIST et L. GUILLEMOT (*Soc. méd. Hop.*, 9 nov. 1906). — MM. E. Rist et L. Guillemot désignent sous le nom d'oligosidérémie une anémie qui frappe, sans distinction de sexe, les enfants de 10 à 30 mois. Elle est caractérisée, comme la chlorose des jeunes filles, par la diminution du fer contenu dans le sang.

D'après les auteurs, cette affection atteindrait surtout des sujets qui n'ont, à leur naissance, qu'une réserve insuffisante de fer hépatique : tel serait le cas des enfants issus de grossesses gémellaires, et des prématurés.

Cette maladie frappe également les enfants dont l'alimentation n'est pas assez riche en fer : c'est ce qu'on observe pour ceux dont on prolonge trop longtemps l'alimentation exclusivement lactée.

Le meilleur traitement, d'après MM. E. Rist et L. Guillemot, consisterait à administrer le protoxalate de fer à la dose de 0,20 à 0,40 centigr. par jour. Grâce à cette thérapeutique, les enfants guériraient avec une surprenante rapidité.

La chlorose des jeunes filles serait également une oligosidérémie, mais le mécanisme de l'appauvrissement du sang en fer serait très complexe, et lié à des phénomènes se produisant dans l'appareil sexuel.

Dr PIERRE SÉE.

Formes bénignes des hématuries infantiles, par MÉRY (*Journal de Méd. et de chir. prat.*, 10 *août* 1906). — Certaines hématuries peuvent se produire chez l'enfant par poussées de congestion rénale sans lésions de néphrite : ces poussées peuvent être de nature rhumatismale ou grippale ; on peut les observer aussi au cours d'une angine, d'une amygdalite, d'une adénoïdite, de purpura. Quelquefois cependant, l'hématurie peut être un signe de tuberculose rénale au début, alors même qu'on ne trouve pas

encore de bacilles de Koch dans l'urine. Dans tous les cas l'urine est à surveiller dans les jours qui suivent la disparition de l'hématurie, car il peut subsister des lésions de néphrite chronique.

Il existe donc chez l'enfant, en dehors des hématuries calculeuses, tuberculeuses et néphritiques, des hématuries dues à des poussées de congestion rénale sans néphrite, et de pronostic bénin.

Le traitement consiste à appliquer des ventouses scarifiées sur la région lombaire, et à administrer le chlorure de calcium à l'intérieur à la dose de 1 gramme : on y joindra le régime lacté ou déchloruré.

M. DESCHAMPS.

De la cystotomie sus-pubienne chez les jeunes enfants, par MENDÈS (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 15 *sept.* 06). — A propos d'un enfant de 5 mois qu'il opéra d'un calcul vésical phosphatique par la taille sus-pubienne, l'auteur tire quelques indications sur le diagnostic et le traitement des calculs vésicaux chez les tout jeunes enfants.

Les signes fonctionnels sont les douleurs à la miction, manifestées par des cris, des mouvement des membres, la fréquence des mictions, l'urine trouble contenant des cristaux. L'exploration vésicale faite sous le chloroforme, avec le petit explorateur de Guyon, précise le diagnostic.

La lithotritie est impraticable chez un enfant de cet âge, la méthode de choix est la taille sus-pubienne avec suture complète de la paroi vésicale ; on doit se contenter de mettre un petit drain dans l'espace prévésical et une sonde à demeure dans l'urètre : le haut du lit est élevé avec des blocs de bois pour faciliter l'écoulement de l'urine ; la sonde à demeure est laissée trois jours ; le petit malade est fixé par un bandage de corps et des sangles aux jambes. La suture vésicale est faite en deux plans, un surjet au catgut n° 0 sur les muqueuses et des points séparés à la soie n° 2 sur les tuniques externes.

M. DESCHAMPS.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Faculté de Médecine. — Le nombre des places d'agrégé des facultés de médecine mises au concours en 1906-1907, est porté de quarante-quatre à quarante-cinq.

La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (histoire naturelle) et réservée à la Faculté de médecine de Paris.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Dieulafoy a repris ses leçons à l'amphithéâtre Trousseau, le samedi 24 novembre, à dix heures et demie du matin, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades tous les matins à neuf heures (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Pavillon d'isolement au Val-de-Grâce. — Depuis longtemps, les médecins militaires se plaignaient de l'insuffisance des locaux affectés au traitement des militaires atteints de maladies contagieuses. Après enquête, la construction, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, d'un pavillon d'isolement vient d'être décidée. Le service du génie met en adjudication les travaux de construction de ce pavillon dont le devis s'élève à environ 300.000 francs.

La lutte contre le Cancer. — Le comité d'initiative pour la lutte contre le cancer, comité fondé par M. Poirier, s'est réuni, sous la présidence du professeur Guyon, de l'Institut. MM. Gauthier, Becquerel, Bouchard, Barrier, Guéniot, y assistaient. MM. Roux, directeur de l'Institut Pasteur; Charles Rochet, Berthelot, etc., ont envoyé leur adhésion. Le comité s'est occupé de la rédaction d'un appel à la générosité publique, appel qui paraîtra dans quelques jours, et dont le but est de former un comité d'action efficace.

Tous les doyens des facultés de province ont également envoyé de chaleureuses adhésions.

M. le professeur Poirier a annoncé ensuite la formation d'une ligue lorraine, à Nancy, en faveur de la lutte contre le cancer.

La souscription pour l'organisation de la lutte contre le cancer, atteignait hier le chiffre de 300.000 francs.

Les établissements insalubres. — La commission sénatoriale chargée de l'examen de la proposition de loi de M. Chautemps sur la revision de la législation des établissements industriels insalubres, a désigné comme président le docteur Peyrot et comme rapporteur M. Emile Chautemps.

Loterie en faveur des infortunes du corps médical. — De nombreuses Sociétés médico-professionnelles de Paris ont repris le projet d'une loterie en faveur des infortunes du corps médical, projet dont nous nous sommes fortement occupés dans ce journal au printemps dernier, et qui, en ce moment dût être abandonné pour diverses raisons. Le Comité d'action a sollicité les Sociétés de province de lui prêter leur appui. Nous espérons que cet appel sera entendu. Le bureau du Comité parisien a pour président, le Dr Smester; pour secrétaire, le Dr Dardelin et pour trésorier le Dr Hamon.

BIBLIOGRAPHIE

Pratique médico-chirurgicale. — Directeurs : E. Brissaud, A. Pinard, P. Reclus. — Secrétaire : Henri Meige : 6 vol. gr. in-8° formant ensemble 5.700 pages illustrées de 1.231 figures, demi-reliure maroquin rouge, tête dorée, dos plat, fers spéciaux. Prix : 110 francs (Masson et Cie, éditeurs).

Voici peut-être l'encyclopédie la plus importante et la plus pratique qui ait été publiée depuis longtemps dans le domaine des Sciences médicales. Ce n'est point un dictionnaire, bien que les articles y soient classés par ordre alphabétique, — pas plus un petit, — forcément laconique et incomplet, — qu'un gros, dont la mise sur pied exige plusieurs années, en sorte que quand les derniers volumes paraissent, les premiers ne sont plus à la hauteur de la science. D'ailleurs, en cet ordre d'idées, le dictionnaire de Dechambre reste comme un monument qu'on ne saurait rebâtir. Ceci est une encyclopédie renfermant, classés comme je l'ai dit, tous les sujets qui peuvent intéresser le praticien aussi bien que l'étudiant en cours d'études. Elle a été composée en se plaçant exactemnt à leur point de vue et pas du tout à celui de la documentation pour copie d'internat ou d'agrégation. La bibliographie en est volontairement éliminée : point d'historique des doctrines médicales, d'où le lecteur sort dépouillé de toute conviction : point de théories ni de grands mots. Rien que de la pratique, avec juste ce qu'il faut de clinique pour mettre en place l'étude du diagnostic et le programme thérapeutique qui se dégage des indications. De ce côté, par exemple, l'effort des rédacteurs et des éditeurs s'est porté tout entier, se traduisant en descriptions précises et minutieuses des procédés d'exploration et d'examen, en figures nombreuses et toujours claires, en formules d'une infinie variété.

Les articles, confiés tous à une phalange de jeunes, déjà connus, et ayant encore la belle ardeur qui leur permet d'entreprendre de telles tâches, sont pour la plupart très remarquables, très précis, exempts de détails oiseux sans qu'on y sente l'oppression du style télégraphique. Les figures sont belles, l'impression excellente. Ce sera, je crois, un gros succès, et aucun ouvrage actuel ne me paraît appelé à prendre aussi rapidement sa place sur toutes les tables de travail de médecins et d'étudiants, par la richesse et la qualité des renseignements qu'il renferme et par la façon dont ceux-ci sont présentés.

Mais ce n'est pas tout : au chapitre mariage, à celui des accidents du travail, à celui de l'internement des aliénés, on trouve tout prêts des modèles de certificats, des formules de rapports usuels...

En un mot, dans toute circonstance de sa carrière, le médecin pourra feuilleter ce livre, — ces livres, car il y en a six, magnifiquement édités et reliés, — avec la certitude d'y trouver de quoi sortir d'embarras, de quelque question qu'il s'agisse, médecine, chirurgie, accouchement, spécialités, déontologie, pratique professionnelle.

Songez donc, il y a un chapitre des honoraires médicaux, et la malice de l'ordre alphabétique le fait apparaître non comme conclusion, mais dès le premier quart de l'ouvrage. Après tout, on est toujours libre de le consulter quand on veut. Je souhaite à mes lecteurs que ce soit le plus souvent possible.

Dr R. Blondel.

Paris. — G. Camproger, 52, r. de Provence. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Un nouveau dissolvant de l'acide urique : e Solurol. — On sait la résistance extrême qu'oppose l'acide urique à tous les dissolvants. Il faut 15.000 parties d'eau à 18° pour en dissoudre une partie. Les urates alcalins sont presque aussi peu solubles. Comme la question du traitement de la goutte est liée à celle de la dissolution des cristaux d'acide urique dans les tissus, on conçoit tout l'intérêt que présente la recherche d'un pareil dissolvant. Successivement, la lithine, la piperazine, l'urotropine ont été proposées dans ce but.

Le Solurol, le dernier en date, est spécialement intéressant, car son mode d'action fait appel à des considérations toutes nouvelles sur la pathogénie de la goutte.

Le Solurol n'est autre que l'acide thyminique, préparé dans des conditions de pureté spéciales et tout à fait exempt de bases xanthiques, par la maison Clin.

On sait que les nucléines représentent la source la plus habituelle de l'acide urique dans l'organisme. Les nucléines, au contact des alcalis, se scindent en une albumine et en un corps phosphoré acide qui est l'acide nucléinique. Celui-ci fournit à son tour, par voie de dédoublement, de l'acide phosphorique, un hydrate de carbone, un composé phosphoré acide qui est l'acide thymonucléinique ou thyminique, et enfin des bases xanthiques qui, par oxydation, donnent naissance à de l'acide urique.

Il en résulte que la production de l'acide urique par voie de désintégration des nucléines est toujours contemporaine de la mise en liberté de l'acide thyminique, et les recherches de Minkowski, de Gato et de Kossel ont établi que c'est précisément la présence de ce dernier corps qui permet à l'acide urique de rester en dissolution dans le sang et les liquides organiques.

D'ailleurs, l'expérience faite *in vitro* prouve que l'acide thyminique peut dissoudre 97.4 0/0 d'acide urique dans des conditions où l'acide chlorhydrique concentré n'en dissout que 94 0/0.

En réalité, la goutte nous apparaît comme étant due, non à la présence de l'acide urique, élément physiologique, mais à la diminution de l'acide thymique, son dissolvant naturel, en sorte que ses cristaux se précipitent alors dans les tissus. La présence de cet acide urique, né sans son satellite qui est aussi son dissolvant, doit être interprètée en lui attribuant une autre origine que les nucléines, probablement les paranucléines, qui n'en fournissent pas dans l'organisme sain et ne le produisent chez les malades que l'on accompagné d'acide thyminique.

L'expérience clinique a donné pleinement raison a ces considérations. Des goutteux, soumis par Schmoll au traitement par le Solurol ont vu la quantité d'acide urique éliminé par eux s'élever, dans tous les cas, de 25 à 50 0/0 et cela dès le premier jour. Dans la plupart des cas, les douleurs et le gonflement disparaissent du 3e au 5e jour.

Les Docteurs Fenner, Bluth, Breton, etc., ont publié à ce sujet des observations très démonstratives, d'où il ressort que le Solurol est actuellement de beaucoup le meilleur dissolvant physiologique de l'acide urique et le meilleur traitement de la goutte.

Citons en quelques-unes des plus caractéristiques :

Observation I. — *Goutte aiguë.* — Homme de 46 ans. Depuis trois ans, a de fréquentes attaques de goutte aiguë dans le pied et dans le genou. Actuellement, main droite enflée, jointures enflammées et douloureuses. On donne 0 gr. 25 de Solurol, trois fois par jour. Au bout de cinq jours, la douleur et l'inflammation ont complètement disparu. Les attaques précédentes duraient d'habitude trois semaines (Dr Fenner).

Observation II. — *Goutte aiguë.* Homme de 42 ans. Deux ou trois attaques antérieures. Actuellement toutes les articulations de la main gauche sont prises. On donne 0 gr. 25 de Solurol trois fois par jour. La guérison survient au bout de quatre jours, les attaques antérieures duraient de sept à dix jours (Dr Fenner).

Observation III. — *Goutte aiguë.* Femme anémique, neurasthénique. Douleurs rénales. Main droite fortement enflée, d'un rouge brillant, de consistance pâteuse. Urine rare, très sédimenteuse. Malgré le traitement par la morphine et avec des liniments ou pommades, les douleurs persistent. Des crises excessivement douloureuses se succèdent nuit et jour. L'enflure

de la main augmentait de plus en plus. Les douleurs commençaient à se faire sentir dans le genou. On donne le Solurol, à doses massives, jusqu'à seize comprimés par jour. Dès le soir du premier jour l'amélioration est manifeste, les douleurs sont moins vives, le cinquième jour la guérison est survenue et la malade recommence à s'alimenter. Sous l'influence du Solurol, la quantité d'acide urique éliminé en 24 heures a *quintuplé*. (Dr BLUTH).

OBSERVATION IV. — (*Disparition d'un tophus*) Mme X., 35 ans, obèse. Sujette à des crises de lithiase hépatique. Tophus douloureux du volume d'une grosse lentille. Soumise au Solurol à la dose de trois comprimés par jour, le tophus disparaît au bout de huit jours de traitement. (Dr BRETON).

OBSERVATION V. — *Lithiase rénale. Raideur articulaire générale.* Mlle P., 50 ans. Souffre depuis de longues années de crises rénales et de douleurs articulaires constantes. Articulations raides. Sous l'influence du Solurol à la dose de trois comprimés par jour, les douleurs rénales disparaissent et les articulations reprennent leur souplesse. (Dr BRETON).

OBSERVATIONS VI ET VII. — *Rhumatisme déformant généralisé. Grande amélioration par le Solurol.* Il s'agit dans ces deux observations de malades, quasi infirmes, cloués au lit, dont toutes les articulations sont envahies et déformées. Les mouvements de la marche et de la préhension sont impossibles. On donne le Solurol à la dose de trois comprimés par jour et on obtient une amélioration telle que les deux malades peuvent marcher seuls et se servir de leurs mains pour manger, ce qu'ils n'avaient pu faire depuis un an. (Dr BRETON).

Ainsi qu'on le voit, le solurol convient également bien à tous les cas qui relèvent de la diathèse urique en général, coliques néphrétiques, gravelle, rhumatisme déformant, obésité, diabète, dermatoses.

Le Solurol est une poudre presque blanche, sans odeur, soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool. Les bases xanthiques ingérées produisant de l'acide urique, il est très important de n'employer qu'un acide thyminique chimiquement pur et débarrassé de toutes les bases xanthiques. C'est le cas du Solurol, préparé par la maison Clin.

On administre le Solurol en comprimés, dosés à 0 gr. 25, préparés dans les laboratoires Clin. On le prend au milieu des repas et ne fatigue jamais l'estomac. Pour les comprimés, les écraser et les avaler en s'aidant d'une petite quantité d'eau.

La dose moyenne de Solurol est de 0 gr. 25 trois fois par jour, soit 0 gr. 75, ce qui correspond à trois comprimés. On peut sans aucun inconvénient porter cette dose à 1 gr. 25 et même 1 gr. 50, suivant l'intensité de la crise.

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

EN COURS DE PUBLICATION

Manuel d'Histologie Pathologique

PAR

V. CORNIL
Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

ET

L. RANVIER
Professeur au Collège de France,
Membre de l'Institut et de l'Acad. de médecine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

A. BRAULT
Médecin de l'Hôpital Lariboisière,
Chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

M. LETULLE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Boucicaut.

TROISIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

Vient de paraître :

Tome III, par MM. GOMBAULT, NAGEOTTE, A. RICHE, DURANTE, R. MARIE, Fernand BEZANÇON, LEGRY. — *Système nerveux central (cerveau et moelle épinière). — Nerfs. — Cœur et vaisseaux. — Rate. — Ganglion lymphatique. — Larynx.* — 1 volume grand in-8 avec gravures en noir et en couleurs..... **35 fr.**

Pour paraître en 1907 :

Tome IV, par MM. CORNIL, CRISTMANN, LEGRY, BRAULT, MARIE, LETULLE, HALLÉ. — *Tube digestif. — Foie. — Rein et capsule surrénale. — Pancréas. — Testicule. — Bassinet. Urètre. — Vessie. —Corps thyroïde. — Thymus et corps pituitaire. — Utérus. — Mamelles. — Ovaire. — Placenta.* — 1 fort volume gr. in-8, avec gravures en noir et en couleurs.

TRAVAUX ORIGINAUX

Clinique thérapeutique de la Faculté de Médecine (Hôpital Beaujon)

LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE ET SON TRAITEMENT

Par le Professeur Albert Robin

(*Suite*)

Je ne vous recommanderai ni l'ulmarène, ni le salicylate de méthyle, ni les médicaments analogues qui n'ont d'autre particularité que de dégager une odeur désagréable sans présenter aucun avantage pour le malade. J'y ai définitivement renoncé.

J'ai employé parfois avec avantage l'application de compresses imbibées de liqueur de van Swieten, dans les cas où le liniment de Bourget ne réussissait pas : elles provoquent quelquefois de la rougeur et de la douleur. Il faut alors les remplacer par des compresses trempées simplement dans l'eau froide.

L'immobilisation doit être aussi courte que possible. Il faut la cesser aussitôt que les douleurs sont calmées, car elle deviendrait rapidement dangereuse, en favorisant l'ankylose. On doit, dès que l'articulation n'est plus douloureuse, lui donner quelque liberté et même commencer à pratiquer quelques effleurages légers et un certain degré de mobilisation prudente.

On a préconisé aussi comme traitement local de l'arthrite blennorrhagique la méthode de Bier, qui consiste, comme vous le savez, à provoquer artificiellement un œdème de la région en y interrompant la circulation au moyen d'un bandage compressif placé à la racine du membre. Bier a remarqué, en effet, que les microorganismes vivent difficilement dans le liquide de l'œdème, généralement chargé en acide carbonique. Il a basé sur cette observation toute une méthode, qu'il a appliquée spécialement aux arthrites tuberculeuses et même aux infections locales en général.

Toutefois, il ne paraît pas être sans inconvénients de prolonger la production de cet œdème jusqu'à 10 ou 12 heures, comme le comporte la méthode intégrale. Dans l'arthrite blennorrhagique, Hirsch a réuni 25 observations de traitement par ce procédé, en réalisant la compression à l'aide de la bande d'Esmarch. Le premier jour, il ne la fixait que pendant quelques minutes, puis il augmentait chaque jour la durée des séances, jusqu'à production de l'œdème bleu. Il a annoncé, sur ces 25 cas, 10 guérisons.

Je n'y ai eu recours, pour mon compte, que 2 fois. J'avoue n'avoir pas observé de diminution des douleurs, tout au contraire. Je n'ai pas vu davantage de ré-

solution. Peut-être même, dans l'un de mes cas, ai-je plutôt noté une aggravation des symptômes.

Voici enfin d'autres moyens locaux auxquels vous pourrez avoir recours. Il y en a trois qui m'ont donné dans quelques cas des résultats très nets.

Ce sont d'abord les ferments métalliques. Je possède trois exemples de leur emploi, deux de la ville, un de l'hôpital. Je me suis servi du palladium colloïdal, en injections sous-cutanées aux doses d'un à trois centièmes de milligramme par centimètre cube. J'ai observé une diminution très rapide des douleurs, en même temps qu'une résolution remarquable de l'arthrite. Ce sont là des essais extrêmement encourageants que je me propose de continuer.

Vient ensuite le collargol, employé en pommade. Toutes les fois que j'en ai fait usage, dans le rhumatisme blennorrhagique, j'en ai été très satisfait.

Enfin, avec M. Dominici, j'ai fait l'essai des émanations du radium. Cet essai a été pratiqué avec son consentement, sur notre deuxième malade. Son articulation radio-carpienne a été recouverte d'un opercule rendu radio-actif par l'exposition en présence du radium. Je dois dire que j'ai été véritablement émerveillé par la rapidité avec laquelle les douleurs ont cessé et la résolution s'est manifestée. Il est vrai que notre malade a vu se produire, à ce moment, une orchite et qu'on admet assez généralement que l'apparition de cette complication est le signal d'une régression des accidents généraux. Mais j'assure que jamais je n'ai vu cette régression se produire avec une pareille rapidité. Il s'agit là d'un traitement appelé sûrement à un très grand avenir.

Le cas de notre troisième malade réclamait quelque chose de plus que les traitements précédents : car, chez elle, la période chronique était commencée et il existait de véritables lésions acquises du côté de ses articulations et de ses muscles, ainsi d'ailleurs que dans le pied de notre premier sujet.

Mais disons de suite un mot de sa blennorrhagie. Elle est presque terminée : cependant, il faut tarir son écoulement d'une façon définitive, et ce n'est plus le cas, ici, de pratiquer le « laisser couler ». Des injections seront faites à l'aide de permanganate de potasse au millième ou du protargol en solution à 0,25 pour 100. A l'intérieur, on donnera un opiat balsamique, vieux moyen sans doute, mais que je crois toujours utile, pourvu que l'estomac le supporte.

Je formule :

Copahu	20 gr.
Poivre cubèbe	40 gr.
Tartrate ferrico-potassique	3 gr.
Magnésie calcinée	10 gr.
Eau distillée	6 gr.
Sirop de coings	q. s. pour consistance d'opiat.

Prendre chaque jour cinq à six bols de la grosseur d'une noisette.

Dans cette formule, vous remarquerez l'adjonction d'un sel soluble de fer, destiné à remédier à l'anémie et au mauvais état général de notre malade. La magnésie est là, non seulement pour solidifier le copahu, comme il est dit au codex, mais pour prévenir l'irritation gastrique que les balsamiques produisent trop souvent et qui se traduit par de l'hyperesthésie de la muqueuse et par du pyrosis. L'eau n'a

d'autre raison d'être que de dissoudre le tartrate de fer, qui doit se trouver également réparti dans la masse, sous peine d'exposer à des troubles s'il s'en est trouvé une dose trop forte en quelque boulette. Le sirop de coings donne la consistance générale, tout en modérant l'effet diarrhéique du copahu.

Je reviens au traitement des articulations de notre malade, qu'une immobilisation trop prolongée a conduite à l'ankylose et, conséquemment à des atrophies musculaires.

Le premier moyen employé est le massage, que vous verrez le Dr Rosenblith pratiquer dans mon service avec un dévouement et une compétence au-dessus de tout éloge. C'est qu'ici, il s'agit d'un massage particulièrement délicat, au cours duquel le médecin doit non seulement restituer à l'articulation sa mobilité perdue, mais ranimer la vitalité des tissus et des groupes musculaires et pratiquer une véritable rééducation des muscles dont le malade a pu conserver l'usage et qui vont suppléer ceux qui ne fonctionnent plus. C'est ainsi que les groupes musculaires éloignés seront l'objet de soins tout spéciaux, afin que la vitalité du membre tout entier en soit influencée. Pour la jambe, ce sera le triceps fémoral, pour la main, ce seront les muscles de l'avant-bras.

L'électricité s'emploie de deux manières : celle qu'a préconisée le Dr Delherm, qui applique directement à l'articulation malade des courants continus assez intenses, atteignant 70 milliampères, méthode que je considère comme plutôt dangereuse, — enfin le procédé, en quelque sorte indirect, qui consiste à faire usage de courants faradiques de faible intensité, appliqués sur les groupes musculaires éloignés, pour ranimer leur contractilité et réaliser cette rééducation motrice dont je vous parlais. J'avoue que c'est cette dernière méthode qui a mes préférences.

La révulsion est encore un moyen utile, à condition de la pratiquer prudemment et par étapes. J'abandonne ici le vésicatoire, dont je suis par ailleurs un partisan fidèle, et je lui préfère des applications de teinture d'iode et des pointes de feu très fines, très superficielles et fréquemment répétées.

M. Balzer a importé chez nous une méthode anglaise qu'il a un peu modifiée et qui est excellente : c'est le bain térébenthiné, qui se formule ainsi :

Essence de térébenthine ..... } aa 100 gr.
Savon noir ..... }
Pour un bain.

On obtient par ce moyen une bonne révulsion générale. C'est sous cette forme, celle de bain général, que je lui ai trouvé le plus d'avantages, de préférence au bain local dont les effets sont bien plus lents et moins sûrs.

Enfin, pour aider à la résorption des exsudats et pour faciliter la réduction de l'ankylose, vous pourrez avoir recours aux bains de sable très chauds, (70°, et même, par étapes, 80°) ou aux bains locaux d'air surchauffé, selon la méthode de Tallermann.

Je citerai encore le cataplasme de Trousseau, dont M. Dieulafoy est resté, je crois, le dernier partisan, bonne méthode, mais un peu lente, les bains locaux de boues minérales, soit de Dax, soit de St-Amand, procédé non négligeable, — enfin, pardessus tout, les bains de vapeur térébenthinés, dont vous m'avez vu faire un usage fréquent dans notre service, et qui donnent parfois des résultats surprenants, mais qui exigent quelque surveillance dans leur maniement.

Pour terminer, n'oubliez pas l'état général de votre sujet. A notre troisième malade, très anémique, nous avons donné, comme vous l'avez vu, du fer incorporé à un opiat. Quand les derniers résidus de la blennorrhagie auront disparu, et que nous devrons cesser l'opiat, elle continuera à prendre le fer sous la forme de sirop de citrate de fer du Codex, à la dose d'une cuiller à soupe donnée avant chacun des deux principaux repas.

Et de dix en dix jours, elle alternera le sirop de citrate de fer, avec la solution résolutive suivante :

Arséniate de soude	0 gr. 05
Iodure de potassium	5 gr. »
Eau distillée	300 gr. »

Prendre deux cuillerées à soupe par jour, la première au réveil, la seconde avant le déjeuner.

Je ne veux pas terminer cette leçon sans vous dire un mot du traitement dit médico-chirurgical.

Je passe sur la ponction simple proposée par M. Queyrat, et aujourd'hui abandonnée, et je signalerai la méthode qu'a préconisée M. Gaillard et qui consiste dans la ponction de l'articulation avec injection antiseptique modificatrice. M. Gaillard emploie une seringue de Roux de 2 centimètres cubes, à l'aide de laquelle il vide d'abord l'articulation, puis, la canule restant en place, il injecte une solution de sublimé à 1 pour 4.000, qu'il laisse quelques instants et qu'il aspire ensuite. On pratique ainsi 4 ou 5 injections successives. Au lieu de sublimé, on a proposé encore une solution faible d'acide phénique, et même une solution de chlorure d'or et de sodium de 1 pour 2.000 à 1 pour 10.000.

De cette méthode, je ne puis vous dire que ceci. Je l'ai employée une seule fois et j'ai eu un succès. Il s'agissait d'une articulation très distendue et très douloureuse, avec un mauvais état général. Malgré cela, je ne suis pas disposé à y avoir de nouveau recours dans la pratique ordinaire, et je pense qu'il faut la réserver pour les cas exceptionnels où le gonflement et la douleur ne peuvent être calmés par aucun des moyens que je vous ai indiqués.

Quant au traitement chirurgical proprement dit, c'est-à-dire à l'arthrotomie, je le repousse absolument, cela va sans dire, sauf le cas d'urgence que créerait la suppuration évidente de l'articulation.

C'est donc à la méthode purement médicale que vous aurez recours et vous avez pu voir que celle-ci vous offre des ressources largement suffisantes. Mais vous ne perdrez pas de vue la nécessité de faire varier votre thérapeutique selon les indications particulières du cas auquel vous avez à faire, l'équation entre la maladie et le traitement étant impossible dans cette affection plus que dans tout autre.

Enfin, vous saurez résister aux promesses imprudentes que les méthodes chirurgicales vous offriront, et, ce faisant, vous aurez bien agi d'abord, parce que vous aurez pris l'intérêt de votre malade, puis parce que vous n'aurez pas fait sortir du domaine médical une maladie qui est de son ressort absolu et que vous ne devez pas abandonner aux chirurgiens.

L'ACIDE CHLORHYDRIQUE

par le Professeur Roger (1)

Le suc gastrique, vous le savez, est un liquide acide, et cette acidité est due à l'acide chlorhydrique. La quantité produite varie dans maintes circonstances ; elle semble, pour une grande part, sous l'influence du régime. Elle est plus élevée chez les carnivores que chez les herbivores. Chez le cheval, elle ne dépasse guère 0,2 à 2 p. 1.000, et chez le mouton 1 à 1,5. Chez le chien et le chat, elle atteint 3 et 4 p. 1.000. Chez l'homme, elle oscille entre 1,8 et 2.

Ces chiffres ont été obtenus par des méthodes chimiques qui ne sont pas à l'abri de toute critique. Vous savez, en effet, que l'acidité et l'alcalinité des liquides sont sous la dépendance des dissociations moléculaires. Comme l'a très bien établi Ostwald, il faut admettre une réaction potentielle, représentée par la constitution chimique du corps, et une réaction actuelle qui est en rapport avec le nombre des ions que la solution renferme. La plupart des procédés chimiques nous donnent la réaction potentielle. C'est par la recherche de la force électro-motrice que nous pouvons déterminer la réaction actuelle. Il résulte des recherches de Foa, que les liquides de l'organisme ont, pour la plupart, une réaction actuelle presque neutre. Cependant le suc gastrique est véritablement acide et cette acidité est bien due à l'acide chlorhydrique libre. Parmi les méthodes de titrage, il en est une qui donne des chiffres presque exacts : c'est celle qui est basée sur l'emploi du rouge du Congo. Nous pouvons donc accepter, avec quelques réserves, les résultats classiques, en nous rappelant seulement qu'il est fort difficile d'établir, d'une façon précise, la réaction d'un liquide.

A côté de l'acide chlorhydrique, on trouve dans l'estomac de l'acide lactique. On tend à considérer cet acide comme un produit de fermentation microbienne ; il coexiste en effet avec d'autres acides organiques : acides acétique, butyrique, formique. M. Frouin fait justement remarquer que ces acides, spécialement l'acide lactique, peuvent être des produits de sécrétion. En injectant du lactate de soude dans les veines ou en introduisant ce sel directement dans l'intestin, on trouve de l'acide lactique dans l'estomac. Il est donc possible que les acides gras formés dans les diverses parties du tube digestif, sous l'influence des fermentations microbiennes, soient absorbés ; s'ils sont en quantité suffisante, une partie évitera la combustion et passera dans le suc gastrique. Le résultat est semblable quand on donne à l'animal du sulfocyanure d'ammoniaque. On retrouve de l'acide sulfocyanique dans l'estomac.

(1) Leçons professées à la Faculté de Médecine : *Alimentation et Digestion*, qui paraît aujourd'hui à la Librairie Masson et Cie, Paris, 120, Boulevard St-Germain.

L'expérimentateur peut aller plus loin. Il peut arriver à changer la nature de l'acide stomacal. C'est ce que démontrent les expériences de Nencki et de Mme Soumov-Simanovski. Ces auteurs suppriment le chlorure de sodium de l'alimentation et le remplacent par du bromure ou de l'iodure de potassium ; l'estomac sécrète de l'acide bromhydrique ou de l'acide iodhydrique. On peut, par le même procédé, amener une sécrétion d'acide nitrique.

L'acide chlorhydrique, d'après la plupart des auteurs, se fixerait sur les albumines et sur les peptones, mais en quantité minime. Leo plonge de la fibrine dans une solution d'acide chlorhydrique, puis il reporte la substance dans la pepsine. La digestion ne se produit pas. Il faut un excès d'acide, en plus de ce qui est fixé, pour que la pepsine agisse.

Cette fixation d'acide libre est mise en doute par Foa et Ambard. Les solutions d'albumine dilueraient la solution acide, comme le ferait de l'eau distillée. Cependant, les propriétés organoleptiques de la solution se modifient. Préparez une dilution d'acide chlorhydrique à 3 p. 1000, vous pourrez constater que la saveur de ce liquide est désagréable, brûlante, caustique. Refaites une deuxième solution, au même titre, seulement remplacez par un blanc d'œuf une quantité équivalente d'eau. Vous ingurgiterez facilement la solution et même une solution d'un titre plus élevé. Cette remarque comporte une déduction pratique. Quand vous prescrivez à des malades hypochlorhydriques une dilution d'acide chlorhydrique, ayez le soin d'introduire un blanc d'œuf dans la formule. Vous rendez le liquide beaucoup moins désagréable.

C'est aux dépens du chlorure de sodium ingéré avec les aliments que se forme l'acide chlorhydrique. Le sel est donc indispensable au fonctionnement régulier de l'estomac. Si vous en augmentez la quantité, vous provoquerez de l'hyperchlorhydrie et, réciproquement, vous pourrez diminuer les accidents hyperchlorhydriques en conseillant la diminution du sel. Mais si vous le supprimez totalement de l'alimentation d'un animal, vous verrez le sujet s'amaigrir et finir par succomber. Vous hâterez la mort en donnant un diurétique ; l'augmentation de l'excrétion urinaire entraînera au dehors le sel que l'économie tendait à conserver.

Comme il était aisé de le prévoir, les excitations mécaniques restent sans action sur la production de l'acide chlorhydrique. Les excitations psychiques, la vue des aliments, leur odeur, et surtout le désir de manger en provoquent la sécrétion. Les aliments introduits directement dans l'estomac, agissent de même. La teneur en acide varie avec la nature du repas : elle est plus élevée sous l'influence de la viande que sous l'influnce du lait. Le pain est encore moins actif. Les graisses diminuent la production de l'acide.

Un intérêt considérable s'attache à l'étude des excitants physiques, parce que les résultats obtenus par les expérimentateurs comportent un certain nombre d'applications pratiques. C'est ainsi que l'eau froide stimule la sécrétion chlorhydrique, l'eau chaude la diminue. En donnant un liquide qui n'a que 5° ou 6° vous obtiendrez une notable augmentation de l'acide. Avec un liquide très chaud, ayant de 45° à 50°, vous restreindrez la sécrétion.

Le froid appliqué à l'extérieur ne produit pas les mêmes effets. Micheli étudie l'acidité gastrique de 7 femmes : sur leur ventre il place des compresses froides, 4 fois l'acidité diminue ; sur 6 autres femmes, il applique des compresses chaudes, 4 fois l'acidité augmente.

Les courants électriques, continus ou interrompus, favorisent la production de

l'acide chlorhydrique. L'effet est très net quand, appliquant sur la région épigastrique le pôle négatif, on fait passer un courant galvanique de 25 à 50 milliampères.

Parmi les nombreuses substances chimiques dont on a étudié l'influence, je vous signalerai d'abord l'acide chlorhydrique, si souvent utilisé dans la thérapeutique. Les résultats obtenus ont été fort contradictoires. D'après Khigine l'introduction de l'acide chlorhydrique dans l'estomac ne modifie en rien la sécrétion chlorhydrique ; d'après Sinotinine, elle la diminue ; d'après Bickel, elle l'augmente. La question mérite d'être reprise.

Même incertitude en ce qui concerne le bicarbonate de soude. Cl. Bernard admettait que l'effet varie avec la dose : de petites quantités exciteraient la sécrétion chlorhydrique, de grandes quantités la diminueraient. On a ensuite émis l'assertion que tout dépend du moment de l'administration : après le repas, le bicarbonate diminue la sécrétion acide ; avant le repas il l'excite et la clinique nous apprend, en effet, que l'ingestion d'une petite quantité d'eau alcaline, prise une demi-heure avant de se mettre à table, stimule l'appétit. Pour Linossier, le bicarbonate de soude, quel que soit le moment de son administration et quelle que soit la quantité ingérée, augmente toujours la sécrétion chlorhydrique. Au contraire, d'après Pawlaw et Bickel, ce sel devrait être considéré comme un dépresseur de la sécrétion acide. Voilà encore une question qui, malgré le grand nombre de travaux qu'elle a suscités, demande un complément d'étude. Le bicarbonate de soude joue un trop grand rôle dans la thérapeutique des affections stomacales, les eaux bicarbonatées sodiques sont trop fréquemment prescrites pour que nous puissions nous contenter de ces faits disparates et de ces résultats contradictoires.

Il ressort cependant des récentes recherches de Linossier et Lemoine que le bicarbonate de soude active réellement la production de l'acide chlorhydrique. L'effet est surtout manifeste quand on opère sur un chien rendu hypochlorhydrique par un régime déchloruré ; il est nul ou peu marqué sur un animal rendu hyperchlorhydrique par un excès de sel alimentaire.

Les auteurs ont encore constaté que le bicarbonate de soude est sans action sur la sécrétion psychique : cette remarque peut expliquer bien des faits contradictoires.

Il existe trois alcaloïdes qui agissent sur la production de l'acide chlorhydrique: la pilocarpine qui l'augmente; l'atropine qui la diminue; la morphine qui, d'après Riegel, serait sans action sur le chien; mais, d'après Holsti, exercerait chez l'homme une action inhibitoire. Voilà donc deux substances que vous pouvez fréquemment employer pour combattre l'hyperchlorhydrie ; l'atropine ou la belladone que vous donnerez par la voie digestive et, dans les cas très pénibles, la morphine dont les injections sous-cutanées calmeront la douleur et diminueront l'hypersécrétion acide.

Tandis que la production des ferments ne subit, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, que des oscillations peu marquées, les variations de la sécrétion chlorhydrique sont très nombreuses et très intenses. Aussi a-t-on multiplié les procédés cliniques capables de nous renseigner sur la teneur du suc gastrique en acide et sur la nature des différentes combinaisons chlorées qu'on peut y rencontrer. Une des meilleures méthodes es celle de MM. Hayem et Winter : elle permet de doser le chlore total, la quantité de chlore combinée aux matières organi-

ques et la quantité combinée aux matières minérales. Par différence on obtient le chiffre de l'acide chlorhydrique libre.

Si j'insiste sur l'hyperchlorhydrie, c'est que ce trouble est de beaucoup le plus important et le plus fréquent, bien plus fréquent qu'on ne croit, car, dans bien des cas, il ne provoque aucune réaction et, si l'on ne pratique pas un examen du contenu stomacal, on ne peut même pas le soupçonner. Si l'on fait cette recherche d'une façon systématique, on arrive à des résultats assez curieux. C'est ainsi que l'hyperchlorhydrie s'observerait en certains pays, chez plus de la moitié des sujets. La proportion atteint 50 p. 100 à New-York et 51 à Lenberg. A Stockholm elle est encore de 36 p. 100 et à Buda-Pesth de 30. Au contraire, à Zurich, elle tombe à 5 p. 100.

A côté de la forme latente, nous placerons l'hyperchlorhydrie accidentelle. Celle-ci se traduit par des symptômes douloureux revenant sous formes de crises espacées, quelquefois très éloignées les unes des autres, durant un jour ou se reproduisant plusieurs jours de suite. Elles reconnaissent une cause occasionnelle : une mastication insuffisante des aliments ; un écart de régime ; l'usage de mets épicés ou peu digestifs, de boissons alcooliques, d'apéritifs ; souvent l'ingestion d'une substance médicamenteuse. Elles peuvent aussi être sous la dépendance d'une affection nerveuse. Il est bien établi aujourd'hui que les crises gastriques de l'ataxie locomotrice ne sont que des crises d'hyperchlorhydrie. Sous le nom de vomissements périodiques, Leyden a décrit des accidents analogues, survenant en dehors du tabes, mais évoluant de façon identique. M. Mathieu a signalé des crises semblables dans les cas de néphroptose. Enfin Rossbach désigne sous le nom de gastroxyncis des crises hyperchlorhydriques s'accompagnant de maux de tête, rappelant la migraine et durant de vingt-quatre à trente-six heures.

Une troisième forme d'hyperchlorhydrie est constituée par l'hyperchlorhydrie continue, dont les symptômes apparaissent journellement ou presque journellement. C'est parfois après chaque prise d'aliments que les douleurs éclatent. D'autres fois ce sera seulement après les deux repas principaux. Ce qui est plus curieux, c'est que certains sujets ne souffrent qu'après un repas déterminé, toujours le même, le déjeuner ou le dîner et, dans ce dernier cas, les crampes apparaissent la nuit, réveillant le malade et l'empêchant de dormir. Les autres repas sont au contraire bien supportés et ne provoquent aucune sensation douloureuse ou pénible.

Ce caractère électif des douleurs doit vous faire soupçonner l'origine nerveuse du syndrome. C'est ce qui a lieu en effet. L'hyperchlorhydrie continue est surtout fréquente chez les névropathes, chez les surmenés, chez les hommes ayant fait des excès, excès de travail aussi bien qu'excès de plaisir. Elle est souvent provoquée ou entretenue par l'entourage du malade, et même par le médecin. La crainte d'une affection gastrique rebelle ou incurable, le souvenir des douleurs, les récits des parents ou des amis servent à aggraver les manifestations morbides ; c'est alors qu'on obtient des résultats merveilleux par l'isolement et par une suggestion rationnelle.

Dans les cas de ce genre, il s'agit évidemment d'un trouble fonctionnel d'origine nerveuse. Il est plus difficile de se prononcer sur la nature de l'hyperchlorhydrie chez les malades non névropathes. M. Hayem pense que le trouble sécrétoire est sous la dépendance d'une gastrite hyperplasique.

L'hyperchlorhydrie est essentiellement caractérisée par des crises douloureuses survenant deux ou trois heures après l'ingestion d'aliments. Dans certains cas, la douleur apparaît tout de suite à la fin du repas, parfois au milieu. Il s'agit alors d'individus atteints depuis un certain temps et redoutant une crise : l'influence psychique provoque cette hypersécrétion précoce.

L'accès se caractérise par des sensations de crampes ou de brûlures. S'il est léger, la douleur est tolérable et elle est vite calmée par l'ingestion d'eau pure ou alcaline, par une légère collation, par une prise de bicarbonate de soude. Il suffit de diluer ou de neutraliser le suc gastrique pour enrayer les accidents.

A un degré plus marqué, la douleur provoque une abondante sécrétion de salive, destinée à neutraliser le suc gastrique. Parfois le liquide s'accumule dans la bouche pour être rejeté par sputation ; ou bien il s'arrête dans l'œsophage par suite d'un spasme réflexe du cardia qui l'empêche d'arriver dans l'estomac ; il sera rendu plus tard par régurgitation.

Si la douleur augmente, vous observerez tous les symptômes des grandes affections abdominales : le pouls petit, faible ; la face pâle, couverte de sueur. Puis surviendront des vomissements, formés d'un liquide mousseux, fortement acide, souvent teinté de bile ; ce rejet procure un soulagement marqué. Aussi instruit par l'expérience, le malade, à la crise suivante, provoquera-t-il le vomissement en s'introduisant un ou deux doigts au fond de la gorge.

Pour combattre l'excès d'acidité gastrique l'organisme met en jeu plusieurs procédés. C'est d'abord la sécrétion de la salive, dont l'alcalinité neutralise le suc gastrique. C'est ensuite le reflux dans l'estomac des sécrétions alcalines du duodénum. La bile notamment remplit ainsi un rôle protecteur. Enfin, comme l'a montré Loeb l'ammoniaque diminue dans les urines, parce qu'elle passe dans l'estomac et vient encore contribuer à la neutralisation des acides.

A la suite de la crise hyperchlorhydrique, les aliments mal élaborés passeront de l'estomac dans l'intestin et provoqueront de nouveaux troubles, tantôt un peu de diarrhée, tantôt une poussée d'entérite muco-membraneuse, s'accompagnant souvent d'une poussée d'urticaire.

Quand on se trouve en présence d'un malade atteint d'hyperchlorhydrie continue il faut examiner avec soin l'état physique de l'estomac. En pratiquant la percussion, en recherchant le clapotage, on arrive à diviser les cas d'hyperchlorhydrie continue en deux classes : tantôt l'estomac a conservé ses dimensions normales ; tantôt il s'est laissé distendre. Dans ce dernier cas, on se trouve en présence de l'hyperchlorhydrie continue avec stase, la gastrosuccorrhée de Reichmann, la maladie de Reichmann, suivant une dénomination fréquemment usitée aujourd'hui.

Pour le savant qui a donné son nom au syndrome, l'hypersécrétion chlorhydrique constitue le trouble initial ; secondairement se produit soit une atonie de la musculeuse, soit un spasme de pylore. Pour Schreiber, la stase représente le phénomène primitif. C'est parce qu'il y a stase que l'estomac sécrète trop d'acide. La preuve, c'est que l'hyperchlorhydrie ne se produit pas à jeun et qu'elle guérit quand la stase est supprimée, par exemple, à la suite de la gastro-entérostomie.

Reste à déterminer la cause de la stase initiale. M. Hayem pense qu'il s'agit toujours d'un rétrécissement du pylore. La maladie de Reichmann n'aurait pas une autonomie réelle ; les troubles observés ne seraient que la conséquence d'une des nombreuses causes morbides qui peuvent rétrécir l'orifice d'évacuation de la cavité gastrique.

Vous trouverez dans tous les traités de pathologie, les principales indications thérapeutiques de l'hyperchlorhydrie. Comme pour toutes les affections stomacales, la diététique joue un rôle capital. Au début, si les accidents sont très intenses, on peu avoir recours au régime lacté absolu, en ayant soin d'ajouter au lait une certaine quantité d'eau alcaline ou d'eau de chaux. Mais il faut bien savoir que le lait est souvent mal supporté. J'avais récemment dans mon service une jeune femme chez laquelle toute prise de lait déterminait des douleurs extrêmement vives suivies de vomissements. Le lait, comme c'est la règle en pareil cas, formait de gros caillots que l'estomac était incapable de digérer et qu'il ne tardait pas à rejeter. Il a suffi de supprimer le lait et de prescrire un régime approprié pour triompher de l'intolérance gastrique.

Quand la stase est nulle ou peu marquée, vous vous trouvez très bien de soumettre les malades au régime des potages au lait, préparés avec une farine. La coagulation de la caséine se fait alors d'une façn toute différente, sous forme de petits grumeaux.

Le meilleur régime, pour les hyperchlorhydriques, consiste à faire de petits repas, de la façon suivante. Le matin au réveil une soupe au lait préparée avec 20 grammes de farine et additionnée d'un jaune d'œuf. Si cette alimentation est trop substantielle, 250 cc. de cacao au lait, une biscotte et du beurre. A midi, un repas composé d'un jaune d'œuf, 150 grammes de volaille ou de viande rouge. La viande, vous le savez, est parfaitement digérée par les hyperchlorhydriques ; elle n'a que le défaut de provoquer une hypersécrétion acide. Vous donnerez, en même temps, 50 grammes de macaroni ou de purée de légumes ; 25 grammes de compotes de fruits et 50 grammes de pain grillé. Vers 4 ou 5 heures, une tasse de cacao au lait, une biscotte et du beurre. Le soir un potage au lait, un œuf et un peu de crème, du gâteau de riz ou de semoule, ou de la compote de fruits.

A mesure que l'amélioration s'accentuera, vous ajouterez d'autres aliments, tâtant la susceptibilité du sujet, proscrivant pendant longtemps, les salaisons, les mets épicés, le gibier, les poissons gras, les crustacés et les mollusques ; les carottes, les choux, les navets ; les légumes et fruits acides : les pâtisseries et enfin le pain frais qui subit facilement la fermentation acétique.

En même temps que vous réglementerez le régime alimentaire, vous ferez boire aux malades soit des infusions légères chaudes, soit de l'eau pure, soit de l'eau alcaline. Dans certains cas, il suffit, pour tout traitement de faire ingérer après les repas de l'eau alcaline ; en en faisant prendre toutes les demi-heures une petite dose, vous éviterez une accumulation d'acides. Si ce procédé ne suffit pas, vous aurez recours aux poudres alcalines que vous donnerez soit en cachets, soit, ce qui est préférable, délayées dans un peu d'eauu. Vous ferez prendre ces poudres à la fin des repas et vous recommanderez au malade d'en reprendre dès qu'il sentira les premières atteintes de la crise. Je ne saurais trop insister sur ce point. Quand la crise douloureuse est bien installée, les alcalins restent sans effet. C'est en les prenant au début qu'on arrête l'accès.

Tous les alcalins sont bons. On emploie également les sels de soude, les sels de chaux et de magnésie. Le bicarbonate de soude agit plus vite, les sels de chaux et de magnésie ont une action plus lente et plus durable. Il me semble donc utile de les associer. Vous pouvez employer la magnésie hydratée ou la magnésie cal-

cinée. Cette dernière ne doit jamais ête prescrite en cachets. Son avidité pour l'eau la fait mal supporter. Il faut la donner délayée dans un liquide, de façon à l'introduire à l'état d'hydrate. Vous pourrez aussi avoir recours au carbonate de magnésie, qui me semble une préparation excellente, trop rarement utilisée.

Il est intéressant de rechercher quelle quantité d'acide chlorhydrique un gramme des principaux alcalins peut neutraliser. Voici les résultats.

1 gr. CO_3 NaH neutralise	0 gr.43 HCl
1 — CO^3Ca neutralise.....	0 — 72 —
1 — $(CO_3Mg)^3MgO, 4H^2O$ neut.	0 — 80 —
3 gr. du mélange neutralisent.	1 gr.95 HCl

Vous voyez donc qu'en donnant 1 gramme de chacune de ces poudres, vous neutraliserez près de 2 grammes d'acide chlorhydrique. Il est généralement inutile d'employer une plus forte dose ; bien souvent des quantités moindres suffiront, on répétera seulement, suivant les besoins, les prises de poudre alcaline.

Si le malade a de la diarrhée, vous modifiez la formule en y introduisant un peu de sous-nitrate de bismuth. Enfin, si les douleurs sont particulièrement intenses, ajoutez soit de l'opium brut, soit de la codéine, soit de la poudre de belladone. Cette dernière substance à l'avantage, vous vous le rappelez, de restreindre la sécrétion chlorhydrique.

Dans les cas invétérés ou très douloureux, vous vous trouverez bien de faire faire au malade un pansement au bismuth. Vous ferez avaler le matin à jeun 20 à 25 grammes de sous-nitrate de bismuth ; puis, pour permettre au sel de tapisser toute l'étendue de la muqueuse, vous direz au patient de rester couché cinq minutes sur le dos, cinq minutes sur le côté gauche, cinq minutes sur le ventre et cinq minutes sur le côté droit. A cette haute dose le bismuth ne constipe pas. Je l'ai vu provoquer parfois un peu de diarrhée.

Si vous êtes appelés pendant la crise d'hyperchlorhydrie, ayez encore recours aux alcalins, mais en vous rappelant qu'à ce moment la médication alcaline ne donne que peu d'effet. L'eau chloroformée est infidèle et, dans certains cas, elle aggrave les accidents. Mieux vaut faire avaler quelques gouttes d'une solution de cocaïne pour anesthésier la muqueuse, de la belladone ou de l'atropine pour diminuer la sécrétion. Enfin, dans les cas graves, vous pratiquerez une injection sous-cutanée de morphine.

En terminant ce qui a trait au traitement des hyperchorhydriques, je dois insister sur l'importance du traitement moral. Rappelez-vous que nombre de ces malades sont des déséquilibrés, déséquilibrés du système nerveux, aussi bien que déséquilibrés de l'estomac. J'en a vu plusieurs dont les accidents ont commencé soit parce qu'ils vivaient avec des hyperchlorhydriques, soit parce que, sur les instances d'un ami, ils étaient allés consulter certains spécialistes. Commencez donc par les rassurer, par leur affirmer que leur affection n'est pas grave et qu'elle doit facilement et rapidement guérir. Ne leur imposez pas un régime trop sévère. Prescrivez-leur seulement des alcalins et bientôt, les malades cessant de souffrir, reprendront confiance et, par ce traitement à la fois psychique et thérapeutique, vous obtiendrez, presque à coup sûr, des succès inespérés.

L'hypochlorhydrie est un trouble moins fréquent et moins important que l'hyperchlorhydrie. Dans certains cas, il lui succède. Tantôt il s'établit après une période transitoire pendant laquelle le malade digérait bien. Tantôt l'hypochlorhydrie et l'hyperchlorhydrie alternent, chacun des deux troubles durant pendant un ou plusieurs jours. Les malades se rendent parfaitement compte de ces variations morbides. Ils vous disent que parfois la douleur est vive et brûlante, apparaissant deux ou trois heures après le repas ; que d'autres fois les troubles sont bien différents, aussi pénibles peut-être, mais moins violemment douloureux.

L'hypochlorhydrie se caractérise, en effet, par des symptômes spéciaux. Vingt minutes après avoir mangé, souvent même dès la fin du repas, le sujet éprouve de la fatigue, de la gêne ; il perçoit une sensation de gonflement au niveau de l'estomac et souvent il est forcé de dégraffer ses vêtements. Ce n'est pas la brûlure de l'hyperchlorhydrie : c'est la pesanteur, s'accompagnant de bâillements, de somnolence, parfois de palpitations, souvent de chaleur et de rougeur de la face. Ce qui est plus curieux, c'est que très souvent le malade parvient à faire disparaître les accidents en prenant une très petite dose de bicarbonate de soude. Ce résultat thérapeutique apporte un appui à l'opinion de ceux qui admettent l'action excito-sécrétoire du bicarbonate sodique.

L'hypochlorhydrie est fréquente chez les neurasthéniques, les hystériques, les individus dont le système nerveux est déprimé. Suivant les cas, le trouble porte sur le suc psychique ou sur le suc d'origine gastrique. Jonchtchenko a fait à ce sujet d'intéressantes observations. Chez l'hystérique anorexique, chez le mélancolique, c'est seulement pendant la phase psychique que l'acide est en défaut. Au contraire, chez le maniaque, l'hypochlorhydrie se prolonge pendant les deux stades.

Plusieurs fois j'ai observé des personnes qui se plaignaient d'un retard dans le début de la digestion gastrique. Les patients se rendaient parfaitement compte que pendant une heure les aliments restaient dans l'estomac sans subir aucune transformation ; ils éprouvaient une pesanteur douloureuse. Puis ils avaient la sensation que la digestion commençait et dès lors les phénomènes morbides se dissipaient rapidement. Un interrogatoire plus précis m'a permis de reconnaître que ces malades sont toujours des anorexiques. Ils n'ont pas d'appétit et la sécrétion psychique fait défaut ; plus tard la sécrétion réflexe s'établit et les troubles disparaissent. Modifiez le régime, donnez des mets agréables, prescrivez des amers, conseillez une tasse de bouillon une 1/2 heure ou un quart d'heure avant les repas et vous triompherez encore de cette hypochlorhydrie fonctionnelle.

Les hypochlorhydries en rapport avec des lésions matérielles s'observent à une phase avancée des gastrites chroniques, à la période où les éléments glandulaires sont atrophiés. Si je voulais faire l'étude étiologique de cet état morbide, il me faudrait passer en revue toutes les causes capables de provoquer des lésions stomacales, les écarts de régime, les vices d'alimentation, les intoxications, alcooliques, médicamenteuses et autres. Il est certains cas qui semblent en dehors de toute étiologie appréciable. On a invoqué parfois un vice congénital. Il est plus probable que la lésion gastrique est la conséquence des processus infectieux qui ont traversé la vie du sujet. C'est l'idée que M. Hayem a émise en s'apuyant sur des faits anatomo-pathologiques et sur quelques expériences poursuivies sur les animaux avec la toxine diphtérique. La question a été reprise dans mon laboratoire par M. Hébert. En examinant au microscope les estomacs de malades et d'animaux ayant suc-

combé aux infections les plus diverses, M. Hébert a constamment trouvé des lésions gastriques.

De toutes les causes capables de diminuer la sécrétion chlorhydrique, la principale est le cancer de l'estomac. Rappelez-vous seulement que l'hypo ou l'anachlorhydrie cancéreuse est fréquemment précédée d'une phase hyperchlorhydrique. Le retour de violentes douleurs deux ou trois heures après le repas, l'amélioration produite par le bicarbonate de soude font penser à une simple hyperchlorhydrie, lorsque, tout d'un coup, une hématémèsee noirâtre, en démontrant la nature du mal, permet de rectifier le diagnostic. Alors commence la deuxième phase, caractérisée par la disparition, souvent totale, de l'acide chlorhydrique. L'hypochlorhydrie, qui aboutit parfois à une anachlorhydrie absolue, tient-elle à la gastrite concomitante ? Ne dépend-elle pas plutôt d'une action spéciale, exercée par le néoplasme ? On serait tenté de l'admettre à la suite des expériences d'Emerton. Cet auteur plonge des morceaux de cancer dans du suc gastrique et voit rapidement diminuer l'acidité du liquide. Il s'est produit une combinaison avec des substances que la chaleur détruit. Après la cuisson, le tissu cancéreux reste sans effet.

Le traitement de l'hypochlorhydrie doit être, suivant les cas, un traitement psychique ou médicamenteux. Rappelez-vous seulement que vous réussirez beaucoup moins bien en face des hypo- qu'en face des hyperchlorhydriques.

On arrive à faciliter la digestion en faisant prendre du suc gastrique naturel, suc de chien ou suc de porc, du suc gastrique artificiel, ou bien une des parties constituantes du suc gastrique, pepsine, lab, acide chlorhydrique. Cette médication est fort simple et paraît fort rationnelle, mais elle est loin d'être toujours couronnée de succès. Dans le cancer, notamment, l'acide chlorhydrique est mal supporté.

pables de réveiller le fonctionnement gastrique. Les applications très froides ou très chaudes sur le creux épigastrique, les alcalins donnés à petite dose une demi-heure avant les repas, les différentes préparations amères feront la base de votre traitement.

COMPTE RENDU DES SÉANCES

DE LA

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 Décembre 1906

Présidence de M. LEGENDRE

M. HUCHARD fait une communication sur la *digitale et la digitaline*. La question des produits divers extraits de la digitale est fort complexe, et on l'a embrouillée encore en introduisant en thérapeutique un corps de composition mal définie, la digalène, dans le but d'obtenir un produit injectable et s'éliminant facilement.

L'orateur a toujours protesté contre l'emploi de succédanés de la digitaline cristallisée. Il n'est pas vrai que l'infusion et la macération de feuilles de digitale soient préférables à la digitaline, au point de vue de la diurèse à obtenir : cette dernière est tout aussi diurétique. Les digitales varient du reste à un tel degré, suivant leur lieu d'origine, leur exposition, la nature du terrain où elles poussent, la conservation des feuilles est si difficile et leur falsification si fréquente que l'on ne peut vraiment tabler sur un médicament aussi instable : du reste Petrescu prescrit en Rumanie 10 gr. de feuilles par jour en infusion, alors qu'en France on ne dépasse pas 1 gramme.

Le produit défini doit toujours être préféré en thérapeutique.

La lenteur d'action et d'élimination constitue précisément, non pas un défaut, mais une qualité : la diurèse ne s'obtient qu'au bout de 12 à 48 heures, l'action cardiaque en 15 minutes. Ces deux effets sont absolument dissociés. On se souviendra aussi que la digitaline n'est diurétique que s'il y a des œdèmes à résorber. Le médicament n'est pas dangereux si on sait bien l'employer, son action dure longtemps et l'on peut, grâce à la dose d'entretien cardiotonique, la maintenir, s'il y a lieu, pendant des mois. Cinq gouttes de la solution au millième, par jour, assureront l'action cardiotonique sans aucun danger pendant un mois.

L'élimination de la digitaline est retardée quand le malade est au lit.

La posologie de la digitaline varie avec les doses et le mode d'emploi : 50 gouttes de la solution au millième, prises en un jour, ont un effet diurétique et on peut répéter cette dose 8 à 10 jours après, le cas échéant. Si l'action diurétique est épuisée par disparition des œdèmes, on donnera la dose d'entretien cardiotonique ci-dessus indiquée. Entre ces deux médications extrêmes se placent les doses faibles (5 à 10 gouttes), sédatives de l'éréthisme cardiaque et de la dyspnée. Ces doses peuvent être données pendant 4 à 5 jours tous les mois.

La digitaline peut enfin être injectée sous la peau (solution huileuse de Rosenthal), à la dose de 1/8 c. de mgr. : on évite ainsi les effets de l'intolérance stomacale.

M. PERRAUT rappelle que l'on peut obtenir des préparations de digitale toujours égales à elles-mêmes, en employant les dialysés de Golaz ou les énergétènes ; ces produits sont malheureusement obtenus par des procéédés tenus secrets, mais tout le monde peut trouver une méthode donnant satisfaction à ce point de vue.

Pour l'orateur, les succédanés de la digitaline ne la valent en aucune façon.

M. LAUMONIER explique qu'en présentant la digalène il n'a voulu qu'attirer l'attention sur un produit pouvant être utilisé dans certains cas. Un nombre considérable d'expérimentateurs, étrangers il est vrai, ont expérimenté ce médicament avec succès, et ses indications thérapeutiques sont intéressantes.

M. CATILLON rappelle que, en dehors de la digitale, d'autres médicaments cardiaques peuvent présenter de l'utilité, le strophantus par exemple.

M. HUCHARD concède que le strophantus est le meilleur de ces médicaments, mais ses effets sont tout à fait différents : il est remarquable dans les myocardites surtout.

REVUE DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES

Maladies infectieuses

Dr LESAGE

Médecin des Hôpitaux

Traitement de la fièvre typhoïde, par SMITH (*Merk's Archives, nov.* 1906). — Dans le traitement de la maladie, la prophylaxie tient une place très importante. Dans tous les cas il faudra désinfecter les excréta, matières, expectorations, urine et linge en contact avec le malade, de même les vases placés dans la chambre. On devra enlever les tapis, les rideaux, les tableaux et faire tous les jours une pulvérisation avec un antiseptique, comme la formaline. L'aération doit être continue, le malade boira toutes les heures ou toutes les deux heures un verre d'eau pure pendant le jour, toutes les trois heures pendant la nuit.

Dès le début on donnera une purgation saline ou de l'huile de ricin ou bien un un centigr. de calomel toutes les demi-heures jusqu'à six doses qu'on faire suivre d'un laxatif au bout de trois heures. Le même traitement peut au besoin être répété plusieurs fois par jour de manière à obtenir quatre effets en vingt-quatre heures.

Le régime lacté ne convient pas toujours. Il est préférable de donner d'abord du blanc d'œuf dans de l'eau, puis au bout de huit ou dix jours, des œufs pochés très peu cuits, des pommes cuites, du beurre, du lait s'il n'y a pas de tympanite, de la crème, du flan, en petites quantités toutes les deux ou trois heures. S'il survient de la flatulence, de la difficulté dans la digestion il faut y remédier immédiatement. Sous l'influence d'une alimentation plus généreuse le malade passe plus facilement la période de convalescence que lorsqu'il est soumis purement au régime lacté. Si les facultés digestives sont diminuées on peut ajouter aux aliments des préparations de pepsine, de diastase, de papaïne et même d'acide chlorhydrique.

Les lotions froides sont en général suffisantes pour abaisser la température, si les intestins ont été bien nettoyés. Les lotions doivent être suivies de frictions. Le bain froid est moins nécessaire et il est d'un emploi difficile dans la pratique privée. On peut recourir à l'enveloppement froid en cas de température excessive. Les applications externes d'alcool sont très utiles sur les régions soumises à la pression, mais il faut éviter son emploi à l'intérieur et, comme stimulant, il vaut mieux recourir à la strychnine. Les stimulants ne sont d'ailleurs nécessaires qu'à la troisième semaine et seulement quand ils sont indiqués. Le traitement médical est réduit aux antiseptiques intestinaux et l'auteur recommande ici les sulfo-phénates qui sont d'une administration facile. Ils sont indiqués lorsque les selles sont fétides, on prescrit alors 0,30 centigr. de sulfophénate de zinc toutes les deux heures, en portant au besoin la dose jusqu'à 0,60 centigr. S'il y a de la constipation on donne en même temps du sulfate de soude.

On ne doit recourir aux analgésiques pour combattre la céphalalgie grave que lorsque les purgations et les enveloppements froids ont échoué. Les antipyrétiques sont dangereux. Les lotions suivies de frictions sont le meilleur moyen de procurer le sommeil. En cas d'insomnie persistante on peut recourir à une injection de morphine ou à 0,30 à 0,60 de véronal. La morphine est indiquée si la diarrhée est un symptôme dominant à la période d'ulcération. Pendant la convalescence, l'auteur insiste sur la nécessité d'un régime suffisant, car un régime restreint prolongé prolonge la période de convalescence.

L. JUMON.

Injections sous-cutanées de quinine dans la malaria, par DARKER (*Brit. med. J.*, 1er déc., 1906). — L'auteur s'est servi avec avantage chez les enfants de solutions concentrées de chlorhydrate neutre de quinine. La méthode est la suivante : mettre dans un tube à essai 10 à 15 gouttes d'eau et 0,90 centigr. de chlorhydrate de quinine en cristaux. Agiter les cristaux tombés au fond du tube, passer ce tube à travers la flamme d'une lampe à alcool jusqu'à dissolution complète des cristaux, puis faire bouillir. On recouvre alors l'ouverture du tube et on attend que la température s'abaisse environ à 38°. On injecte alors tout le liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale chez les enfants qui peuvent marcher ou dans l'épaisseur de la fesse chez ceux qui sont encore portés. On se sert d'une seringue de Pravaz ordinaire et on se conforme aux précautions antiseptiques. L'orifice cutané est bouché avec du collodion ou tout autre moyen, et de la gaze. La quinine se solidifie dans les tissus et est absorbée en deux mois, pendant lesquels l'état du sujet s'améliore considérablement. Il faut veiller à ce que la température du liquide, même dans la seringue, ne descende guère au-dessous de 38° pour éviter la solidification, dans le cas contraire il faudrait chauffer de nouveau. On peut obtenir des résultats analogues avec la quinine dissoute dans l'alcool rectifié, mais l'asepsie est plus difficile à maintenir. Dans les cas urgents, l'auteur fait plusieurs injections de dix centigr. de quinine dissous dans dix gouttes d'eau.

L. JUMON.

L'hydrothérapie dans les affections infectieuses fébriles, par MUNTER (*Berliner klin. Wochenschrift*, 26 nov. 1906). — Dans cet important travail, dont l'étendue rend l'analyse difficile, l'auteur démontre que toute affection infectieuse présentant de l'hyperthermie excessive durable doit être combattue par un abaissement artificiel de la température : il en est de même pour une fièvre continue, ne dépassant pas 39 à 40°, mais influençant le cœur et le cerveau. Chez les sujets jeunes et robustes, les bains de 20 à 25°, de 10 à 20 minutes de durée, produisent des effets remarquables sur le métabolisme. Si le sujet est moins résistant, on préférera le bain à 30°, graduellement ramené à 20°, accompagné de frictions et lavages, de 15 à 30 minutes de durée.

Si l'on cherche à calmer le système nerveux et à abaisser la température avec moins d'intensité, on s'adressera aux enveloppements humides fréquemment renouvelés. Si, au contraire, il s'agit d'exciter modérément le système nerveux tout en abaissant la température, on choisira les bains d'acide carbonique à 28°, de 20 minutes de durée. Les malades qui ont facilement des frissons dans le bain se trouveront surtout bien de ce procédé.

Les applications réfrigérantes locales, qui rendent de grands services, ne doivent pas être trop fréquemment renouvelées, car elles peuvent provoquer des troubles d'excitation nerveuse.

4 à 5 bains dans les 24 heures suffisent, même dans les cas graves. Les états comateux seront combattus par les affusions froides à 12—20°.

L'auteur ne connaît pas de contre-indications à l'emploi de l'hydrothérapie dans les affections infectieuses fébriles : dans les cas où le repos absolu et nécessaire (péritonite, embolies, hémorragies, alcooliques, cœur gras, etc.), on recourra aux applications locales froides.

S'il existe un état adynamique avec hypothermie, on fera des applications chaudes.

E. VOGT.

Maladies générales non infectieuses

Dr CHASSEVANT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Diabètes hépatique et pancréatique. Glycosuries non diabétiques. Diagnostic différentiel, par RENÉ VERHOOGEN. *Journal Médical de Bruxelles n° 46, p. 731. 15 nov. 1906.* — Naunyn distingue trois degrés de glycosurie, de gravité différente :

1° Glycosurie *e saccharo*, ou glycosurie alimentaire. Cette forme, purement passagère, s'observe peu de temps après l'ingestion d'une dose suffisante (100 grammes) de glucose anhydre.

2° Glycosurie *ex amylo*. Cette forme se trouve réalisée chez le diabétique qui produit du sucre aux dépens de l'amidon. Elle se rencontre également chez les sujets atteints de lithiase hépatique avec rétention biliaire prolongée.

3° La forme la plus grave est celle dite

ex albumine, dans laquelle le régime le plus sévère, et même le jeûne complet, ne font pas disparaître le sucre des urines : le sujet fait du glucose aux dépens soit de l'albumine ingérée, soit de ses propres albumines.

Dans cette forme il y a souvent des lésions destructives de la glande thyroïde, comme on peut le constater à l'autopsie.

Ces faits ont une grande importance thérapeutique, car s'il faut proscrire les hydrates de carbone chez les diabétiques peu gravement atteints, il est indispensable d'en permettre une dose suffisante à ceux qui font du sucre aux dépens des albumines : on retardera ainsi la cachexie, et on évitera, dans une certaine mesure, l'apparition du coma diabétique.

Il faut également connaître l'*origine* de la glycosurie et il y a lieu de distinguer :

1° *Les glycosuries non diabétiques*, dues à des lésions du système nerveux. Elles se reconnaissent facilement. Traitement : le régime n'est pas indispensable ; ainsi chez une malade lithiasique, l'auteur a eu de bons résutats avec des cholalogues (Podophyllin), sans régime. Cette malade avait de l'hypoazoturie, tandis que le diabète vrai s'accompagne toujours d'hyperazoturie.

2° *Le diabète vrai*, dont le traitement est surtout diététique : supprimer les hydrates de carbone, jusqu'à disparition du sucre urinaire ; puis hâter la tolérance du malade et augmenter les hydrates de carbone. Permettre les pommes de terre qui contiennent trois fois moins d'amidon que le pain ; permettre aussi les pains de gluten, de soya, d'aleuronate. Comme médicament: opium, acide salicylique, antipyrine, alcalins. Cures de Vichy ou de Carlsbad.

3° *Le diabète pancréatique* (décrit par von Mehrig et Minkowski). Les malades atteints de diabète pancréatique présentent les symptômes suivants : glycosurie, stéatorrhée, selles fétides, quelquefois ictère.

Traitement. — Le régime diététique n'a qu'une faible influence. L'usage des préparations pancréatiques améliore l'état général du sujet, retarde ou empêche l'amaigrissement ou la cachexie, tout en augmentant le sucre urinaire. Cet apparent paradoxe tient à l'amélioration de la digestion intestinale et au progrès qui en résulte dans l'assimilation et la digestion des aliments. En effet, le taux de l'acidité urinaire ne s'élève pas. La vie, grâce à ce traitement, pourra être prolongée, tant que le permettra la lésion primitive du pancréas.

Dr Pierre Sée.

Traitement de l'ostéomalacie par l'insufflation rectale d'oxygène, par C. Bernabei (de Sienne), XVIe *Congrès de la Soc. Ital. de Méd. interne*, Rome, 25-28 octobre 1906 (d'après *Semaine médicale*, n° 45, 7 novembre 1906, p. 539). — Les malades atteints d'ostéomalacie éliminent, avec les matières fécales une quantité de phosphore qui est considérable, puisqu'elle peut être trois ou quatre fois plus forte que la normale.

D'après M. C. Barnabei, on pourrait traiter l'ostéomalacie en faisant pénétrer de l'oxygène gazeux dans l'intestin. (On se sert à cet effet, d'un instrument spécial.) A la suite de cette thérapeutique, le phosphore diminuerait dans les matières fécales, l'état général se relèverait, les os reprendraient leur consistance normale, les douleurs disparaîtraient et les malades pourraient reprendre une vie normale.

Dr Pierre Sée.

Altérations histologiques des organes hématopoïétiques dans les hémolyses graves, par G. Castiglioni (*Morgani*, juillet-août 06). — D'après M. G. Castiglioni, les fortes doses de sérums hémolytiques tuent rapidement, par destruction globulaire aiguë et dégénérescence des centres hématopoïétiques, les animaux auxquels on les injecte. Les doses faibles, au contraire, provoquent chez eux un certain degré de réaction des globules sanguins et des centres hématopoïétiques. Aussi les sérums hémolytiques, à faibles doses,pourraient-ils constituer, d'après l'auteur, un moyen de traiter les anémies.

Dr Pierre Sée.

Utilisation thérapeutique de l'hémopoiétine, par M. Carnot, (*Journal des Praticiens*, n° 42). — D'après M. Carnot et Mlle Deflandre (Ac. des Sc. sept. 06), le sérum d'un animal (le lapin par exemple) possède, après plusieurs saignées, un pouvoir hémopoiétique vis-à-vis d'un autre animal, qu'il soit de même espèce ou d'espèce différente. En effet, l'injection de ce sérum détermine dans les globules rouges, une augmentation rapide, et si marquée qu'elle peut s'élever à un ou deux millions et persister plusieurs jours.

Ce sérum contient une substance active,

à laquelle les auteurs ont donné le nom d'*hémopoïétine*.

Les propriétés remarquables de ce sérum ont suggéré à M. Carnot et à Mlle Deflandre la pensée de l'employer contre l'anémie. L'idée était heureuse, puisque l'injection sous-cutanée de 10 cm cubes de sérum de lapin, préalablement saigné, détermine, chez un homme sain, une hyperglobulie persistante, qui peut dépasser deux millions de globules rouges. L'effet est aussi marqué, mais moins durable chez un homme anémique. Ce fait se comprend facilement puisque la cause, qui a provoqué l'anémie, persiste, et suffit à expliquer la destruction des hématies nouvellement formées. Il n'y a alors qu'à pratiquer une seconde injection au bout de 2 ou 3 semaines, pour observer une nouvelle augmentation des globules rouges.

Les expériences de M. Carnot sur ce nouveau sérum ne sont pas encore terminées, mais il semble que cette méthode soit appelée à rendre, en thérapeutique, des services signalés.

Dr Pierre Sée.

Action des salicylates dans le rhumatisme aigu, par Ralph Stockmann (*Brit. med. J.* 24 nov. 1906). — Dans notre ignorance de la cause infectieuse du rhumatisme aigu, il est impossible de déterminer si les composés salicylés agissent comme bactéricides ou comme antitoxiques dans la maladie. On sait seulement que les salicylates arrêtent la production des bactéries et les fermentations. Si l'on donne le médicament à dose suffisante dans un cas non compliqué de rhumatisme fébrile, la douleur articulaire et la température commencent à être favorablement influencées, la première cédant en douze à vingt-quatre heures, la seconde en quarante-huit heures. Les autres symptômes s'améliorent en même temps. Dans beaucoup de cas cependant les résultats du traitement salicylé ne sont pas satisfaisants. Il survient une rechute même en cours de traitement ou lorsqu'on diminue la dose. Cependant cette rechute peut être rapidement arrêtée en augmentant la dose de salicylate. Dans d'autres cas le rhumatisme devient subaigu ou chronique avec légère élévation de température et cesse d'être visiblement influencé par les salicylates seuls. Ceux-ci ont peu d'effet sur le rhumatisme cérébral avec hyperpyrexie, le bain froid étant le seul moyen ici d'abaisser la température. Dans certains cas de péricardite rhumatismale cependant, l'action du salicylate est aussi nette que sur l'arthralgie. Si le salicylate agit si bien contre les manifestations articulaires, c'est qu'il est rapidement excrété dans les cavités articulaires, comme l'a montré l'analyse du liquide qu'on a retiré par les ponctions, tandis que les colonies microbiennes fixées par les tissus fibreux ou dans les valvules du cœur sont plus difficilement atteintes par le médicament. Avec les salicylates, la tendance à l'hyperpyrexie rhumatismale et au rhumatisme cérébral diminue incontestablement. Stockmann pense aussi que le salicylate prévient en partie l'endocardite. En tout cas le travail du cœur se trouve soulagé par suite de l'abaissement de la température et du nombre des battements cardiaques. En ce qui concerne la dose, 6 à 9 gr. de salicylate de soude par jour, soit 1 à 1 gr. 20 toutes les trois ou quatre heures sont suffisants. La plus grande partie du salicylate est transformée en acide salicylurique, substance inerte et le reste est éliminé, d'où la nécessité d'une administration fréquente.

On peut donner le salicylate de méthyle à l'intérieur, à la dose de 10 à 20 gouttes en émulsion ou dans du lait. Il est très actif, et son goût est moins désagréable que celui du salicylate, mais il est irritant pour l'estomac. On l'emploie seulement en applications sur la peau.

La salicine, la saligénine, l'aspirine forment de l'acide salicylique dans l'organisme. Il n'est pas illogique d'accorder une action spérifique à l'acide salicylique dans le rhumatisme. Seulement cette action est faible et il s'agirait de trouver une substance agissant dans le même sens, mais d'une façon plus énergique. Les actions accessoires désagréables s'opposent à l'emploi de doses trop élevées de salicylate.

L. Jumox.

Traitement de l'urémie, par Egbert Le Fèvre (*Brit. med. J.*, 24 nov. 1906). — Au point de vue clinique et thérapeutique, on comprend sous le terme d'urémie des états variés caractérisés par certains symptômes communs, urinaires, nerveux, gastro-intestinaux, respiratoires, circulatoires. On peut admettre comme types cliniques d'urémie d'abord celui qu'on observe au cours d'une maladie infectieuse, sans qu'il y ait eu antérieurement insuffisance rénale, ce qui arrive dans l'éclampsie puerpérale,

l'empoisonnement par certains poisons végétaux et minéraux, l'intoxication d'origine intestinale. Il y a ensuite les cas d'insuffisance rénale qui aboutissent à l'urémie sous l'influence d'une infecion, d'une intoxication, avec complication de néphrite aiguë. Un troisième type est représenté par la néphrite chronique au cours de laquelle l'attaque d'urémie survient sous l'influence de diverses causes occasionnelles.

Le traitement de ces types vise la prophylaxie et les symptômes suivant leur ordre d'apparition, c'est dire que le traitement est symptomatique.

Contre l'urémie convulsive on oppose les inhalations de chloroforme et le chloral à l'intérieur, qui offre l'avantage d'une action plus soutenue. L'opium et la morphine ont tour à tour été recommandés et condamnés. Cependant l'injection de morphine, de un à trois centigrammes, arrête les convulsions, calme l'appareil vasculaire et augmente la diaphorèse, parfois influence favorablement la fonction du rein. Cependant elle favorise la tendance au coma et diminue la fonction éliminatrice des reins. L'usage continu de la morphine pour combattre les symptômes urémiques est contre-indiqué.

Dans le coma l'indication la plus importante est tirée de l'état de la pression sanguine. Si la tension est élevée il faut l'abaisser le plus vite possible, par la saignée ou une purgation à effet rapide. Si la pression sanguine est basse on administre la digitale. La dyspnée dans l'urémie doit être considérée, au point de vue thérapeutique, comme une convulsion et traitée comme telle. Une tension élevée peut se produire subitement et être suivie de convulsions, de paralysie localisée ou de coma. Dans les cas graves la saignée est encore indiquée. Les nitrites abaissent la tension, mais leur effet dure peu. Le chloral agit contre les troubles nerveux et en même temps diminue la tension pendant longtemps. Si les stimulants cardiaques sont indiqués, il faut leur associer les vasodilatateurs.

Les diurétiques ont peu de valeur pour accroître l'élimination par les reins, il faut agir sur d'autres émonctoires. Thompson, cependant, a insisté sur les bons effets de l'aconit, qui diminue la tension et augmente la diurèse. Parfois la digitale peut être indiquée comme diurétique, même si la tension est élevée, mais il faut en surveiller les effets.

Dans les symptômes gastro-intestinaux on évitera l'opium et la morphine et on aura plutôt recours au lavage de l'estomac. Les purgatifs salins sont très utiles dans ces cas. Les mercuriaux peuvent être administrés dans le même but, mais il faut éviter leur absorption et la salivation. On doit respecter la diarrhée urémique. On favorisera le plus possible l'élimination par la peau, et si on se sert de la pilocarpine on surveillera son action dépressive sur le cœur.

Contre l'intoxication, qui est le fond de l'urémie, la saignée, les purgatifs, les diaphorétiques ont une grande valeur, mais l'oxygène, qu'on a beaucoup vanté autrefois dans cette circonstance, n'a pas d'effet direct sur les toxines.

L. JUMON.

Empoisonnement par la cocaïne. — Inutilité et danger du traitement par la morphine, par M. VAILLARD (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*). — Quel est le traitement rationnel de l'empoisonnement par la cocaïne ? Certains médecins préconisent l'emploi de la morphine. Cette idée leur a été suggérée par le fait que les morphinomanes supportent, sans s'intoxiquer, des doses considérables de cocaïne, comme l'a reconnu M. Maguan-Chouppe. M. Laborde a, de même, constaté, par l'expérimentation physiologique, un certain antagonisme entre les deux poisons. C'est ainsi qu'une dose mortelle de cocaïne ne détermine pas la mort des animaux si, dès les premiers accidents, on leur injecte de la morphine.

M. Vaillard pense, au contraire, que la morphine est absolument contrindiquée dans l'intoxication cocaïnique. Il est rare, en effet, que le praticien puisse intervenir dès le début de l'empoisonnement et la morphine administrée tardivement est inactive. Il y a plus : le Professeur G. Pouchet a démontré que la morphine exalte les secousses convulsives qui se produisent au cours de l'intoxication cocaïnique, ou les fait tout au moins apparaître avec une dose moindre de cocaïne. De même, MM. Lacanague et Rolland ont reconnu que la morphine hâte la mort des sujets empoisonnés par la cocaïne.

M. Vaillard pense que les inhalations d'oxygène constituent le seul traitement rationnel de l'intoxication. Il n'accorde que peu de confiance au chloroforme, à l'éther, au nitrite d'amyle. Il en est de même du chloral qui exerce sans doute une certaine action thérapeutique grâce à son pouvoir

vasodilatateur, mais qui, comme toutes ces préparations, a l'inconvénient de surajouter sa toxicité propre à celle de la cocaïne.

Dr PIERRE SÉE.

Le Rumex Crispus contre l'anémie (d'après *Journal de Médecine*, n° 47, 18 nov. 06). — M. le Professeur Gilbert et M. Lereboullet ont démontré que le *Rumex Crispus* fixe, par ses racines, le fer contenu dans le sol. Le métal se répand ensuite dans tous les organes de la plante qui constitue alors une préparation naturelle de fer organique.

La poudre de *Rumex Crispus* contient, en fer, 3 0/0 de son poids. Elle est très amère, aussi l'emploie-t-on en cachets ou en capsules de 50 à 75 centigr. Doses 2 à 4 grammes par jour, à prendre au moment des repas.

Indications. Chlorose, chloroanémie tuberculeuse.

Dr PIERRE SÉE.

Chirurgie générale

Dr BENOIT

Ancien interne des Hôpitaux.

Fractures des membres et accidents du travail, par M. le Dr BERGER (*Clin. hôp. Necker* 1906). — L'A présente un menuisier de 60 ans, chez lequel on peut vérifier, non sans surprise, qu'une fracture fort ancienne de la cuisse droite a abouti, faute de soins et de surveillance, à une pseudarthrose très large. Ce n'est pas tout, la rotule gauche avait été fracturée dans son accident (une chute de 5 mètres de hauteur). Une ankylose complète du genou en fut la conséquence, après un mois d'immobilisation sans aucun massage. Pendant les tentatives de mobilisation, une fracture nouvelle se produisit et le médecin, à cette époque où la suture de la rotule n'était guère en honneur, abandonna cet homme à lui-même. Forcé de travailler, il se remit à marcher avec sa pseudarthrose du fémur d'un côté, sa fracture de rotule de l'autre. Progressivement, il récupéra tous ses mouvements et éleva seul une nombreuse famille. On constate aujourd'hui la présence d'un col fibreux très court et solide. C'est pour une hernie qui le gêne qu'il est entré à l'hôpital. Généralisant son observation curieuse, M. Berger montre combien il est fréquent de se trouver embarrassé pour apprécier les dommages consécutifs qui doivent suivre les fractures graves, dans les délais forcément limités imposés aux experts. Tout en reconnaissant que le présent cas est exceptionnel et qu'il importe, dans notre appréciation, de ne pas faire diminuer l'indemnité que les tribunaux accordent aux blessés, on ne peut s'empêcher de remarquer qu'on risque de commettre de grossières erreurs pronostiques, au point de vue de la capacité fonctionnelle. Sous l'influence d'un traitement approprié, combien de fracturés n'aboutiraient-ils pas au même résultat, que ce malade contraint par la nécessité ? Dans ces conditions, on ne peut scientifiquement que se ranger à l'opinion que M. Berger exprime, on ne peut mieux aussi : constater l'impossibilité où nous sommes de fournir aux magistrats la détermination précoce qu'ils nous demandent. Placés dans l'alternative de priver l'accidenté d'un secours qui lui est dû ou de faire du tort à la Compagnie qui a assuré son patron contre les risques du travail, nous ne tenons pas à choisir. Nous exposerons ce qui résulte d'une manière certaine de notre examen, en signalant les lacunes que présente notre jugement.

A. BENOIT.

Pronostic des fractures bimalléolaires. — *Soc. de ch. 21 et 28 nov.* 1906). — Il est réconfortant de voir un groupe savant s'occuper de questions chirurgicales où la pratique courante trouve son compte, négligeant pour un temps les interventions exceptionnelles où la maladie régnante. C'est à ce spectacle que l'on assiste aujourd'hui au sein de la Société de chirurgie, où l'on veut bien discuter pronostic et traitement des vulgaires fractures de jambe. M. Lucas-Championnière qui dogmatisa naguère que la fonction prime la forme et que le traitement par la mobilisation est indiqué dans la majorité des cas, semble avoir modifié ses doctrines quand il s'agit de fractures du tibia dans sa partie inférieure. Il reconnaît en effet que le chloroforme est souvent indispensable pour les réduire et que M. Tuffier a dit la vérité quand il pense que la réduction parfaite est dans bien des cas impossible. Que faire dans ces cas ? Mobiliser? point,mais bien prolonger le port des appareils. Les autres orateurs, MM. Schwartz et Berger qui n'abandonnèrent jamais le traitement classique, nous rappellent quelle est leur pratique dans les fractures malléolaires. M. Schwartz applique

le classique appareil de Dupuytren quand il y a gonflement ; puis, au bout de dix jours, celui-ci ayant disparu, il le remplace par un appareil plâtré, qu'il laisse en place de 40 à 45 jours. On mobilise alors, mais les malades ne pourront marcher que quelques jours plus tard.

M. Berger veut que l'on distingue les *fractures bimalléolaires* des *fractures de Dupuytren.* Dans les premières, il existe bien de ces déplacements secondaires dont parla M. Chaput tout récemment ; c'est surtout la chute du talon en arrière. Dans les fractures de Dupuytren, il pense que ces déviations ne sont autre chose que des déplacements qui se sont reproduits, ou qui furent méconnus à cause du gonflement. Aussi entoure-t-il ses malades fracturés d'une surveillance étroite. Après avoir opéré la réduction, il la maintient avec un appareil de Scultet pendant 8 à 10 jours. Au bout de ce temps, il applique l'appareil plâtré. Le Scultet, présente cet avantage qu'on peut, en le resserrant souvent, surveiller la fracture et réduire à nouveau les déplacements qui ont tendance à se reproduire. Quant au chloroforme, on peut s'en passer le plus souvent. Les procédés de douceur suffisent. M. Reynier combat cette manière de voir ; il pense qu'il est mieux de réduire le plus tôt possible et de plâtrer sous le chloroforme.

Les bons résultats obtenus dans sa pratique par M. Berger sont une démonstration très valable que sa méthode est excellente. Mais on a chargé le chloroforme de tant de méfaits au point de vue des altérations viscérales, qu'il peut produire chez certains sujets, qu'il serait fort utile de comparer les radiographies de deux séries de cas dans lesquels la réduction aurait été opérée avec et sans chloroforme. Cette étude ne peut se faire que dans un grand service hospitalier. Qui en aurait l'initiative apporterait un élément précieux à la solution de la question. Nous savons déjà ce qu'il est « suffisant » de faire ; nous désirons savoir ce qui est « mieux », et si la réduction faite « en règle » sous le chloroforme est et demeure plus parfaite que celle qui fut opérée sans anesthésie générale. Cette règle une fois établie, nous serions en possession d'une *méthode de choix,* à laquelle on ne pourrait opposer que les contre-indications habituelles.

A. Benoit.

Les abcès pottiques, par R. Siégel (*Tribune médicale,* n° 35, 1906). — Etude qui traite principalement des migrations habituelles des abcès pottiques suivant les régions. Parfois sessiles, c'est-à-dire en contact direct avec la lésion, les abcès ossifluents peuvent alors se collecter à une distance vraiment considérable, favorisant les erreurs de diagnostic.

Les abcès du *mal sous-occipital* fusent souvent dans la fossette de la nuque, en arrière. Mais très fréquemment aussi, ils viennent soulever la paroi postérieure du pharynx, simulant ainsi les abcès rétro-pharyngiens, grâce aux troubles locaux et à la dysphagie. Leur marche chronique, l'exploration des mouvements de la tête et la douleur osseuse à la pression sont les meilleurs éléments du diagnostic. Comme ouverture rare, on cite le creux sus-claviculaire.

Cette saillie est au contraire la plus commune dans le *mal de Pott cervical* et *cervico-dorsal.* Le pus suit la gaine du muscle long du cou et, par un véritable trajet récurrent, se collecte vers le *creux sus-claviculaire.*

Les abcès du *mal de Pott dorsal moyen* n'ont pas un trajet intermédiaire bien long, ne suivant pas de gaine musculaire. C'est au niveau même de la vertèbre malade, ou sous la plèvre, qu'ils vont former des foyers plus ou moins considérables, au point d'avoir pu simuler la pleurésie purulente. On les distingue des abcès froids costaux par leur réductibilité et l'absence de point douloureux à la surface costale.

Les abcès du *mal de Pott dorsal inférieur* vont, en cheminant sous la plèvre et le carré lombaire, apparaître sous la peau de cette région, vers le triangle de J. L. Petit. On croirait à une affection périnéphrétique si le passé rénal n'était négatif.

Les abcès du *mal de Pott dorso-lombaire* sont ceux qui suivent le trajet classique des abcès par congestion, c'est-à-dire toujours la gaine du psoas, avec laquelle ils sont en rapport. L'origine vertébrale est facile à reconnaître à la flexion de la cuisse sur le bassin. L'abcès par congestion peut être bilatéral.

La *tuberculose du sacrum* n'est pas un mal de Pott véritable, mais il faut savoir, pour ne pas les confondre avec les abcès de l'anus, que les abcès ossifluents sacrés, fusent dans l'espace pelvi-rectal inférieur, jusqu'au pourtour de l'anus. Mais alors, le stylet qui explore, après ouverture chirurgicale, ces abcès, au lieu de se diriger vers le rectum, se dirige en arrière vers la face antérieure du sacrum, que l'on trouve

sensible à l'index intra-rectal. Les mêmes abcès peuvent s'ouvrir par exception dans l'un des organes pelviens. Enfin, ils passent quelquefois par l'échancrure sciatique et viennent apparaître à la face profonde de la fesse, comme il arrive également pour les abcès dorso-lombaires qui ont franchi les limites du triangle de Scarpa. Si l'on veut éviter de confondre la tuberculose des vertèbres sacrées avec l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, ou sacro-coxalgie, affection d'ailleurs souvent secondaire, il faut savoir que plusieurs signes particuliers lui appartiennent : douleur par le rapprochement des deux crêtes iliaques, douleur quand on saisit la crête iliaque entre les doigts (signe de Volkmann); douleur lorsque le malade, s'étant soulevé sur les mains se laisse retomber sur son lit (signe de Larrey). Les douleurs névralgiques du mal de Pott sont au contraire bilatérales.

L'A. s'est ainsi proposé de tracer la route habituelle des différents abcès pottiques. Mais il faut toujours compter avec des exceptions.

A. Benoit.

Traitement du cancer de la langue (*Ac. de Méd.* 27 *nov.* 1906. — Suivant la précédente discussion, M. *Fournier*, qui s'employa naguère à étendre le cadre de la syphilis, en y englobant les maladies parasyphilitiques, cherche à démontrer aujourd'hui que le cancer de la langue relève plus ou moins directement de cette même origine. Sa parole ayant en l'espèce une incontestable valeur, écoutons ses arguments.

Selon sa statistique, le cancer de la langue est trop fréquent chez les syphilitiques pour qu'il n'y ait pas rapport de cause à effet. Mais il convient d'observer que cette affection est *tout à fait rare* chez les syphilitiques qui ne fument pas, rare aussi chez la femme qui est placée dans les mêmes conditions. La conclusion qui s'impose, c'est que syphilis et tabac sont associés. Néanmoins, comme nombre de grands fumeurs, point syphilitiques, n'ont jamais de cancer de la langue, lequel est observé parfois au contraire chez les syphilitiques, même qui ne fument pas, on peut affirmer que l'influence de la syphilis prédomine et que la vérole agit par l'intermédiaire de la leucoplasie buccale. Car on ne voit « jamais » un syphilitique passer sans transition de l'état sain à l'état cancéreux. La génèse est donc *médiate et non directe*. Cette doctrine, on le voit, se distingue par son absolutisme. Elle a pour elle de sérieux appoints dans les fruits de l'observation exceptionnellement étendue que possède son auteur.

Le traitement prophylactique peut donc être tenté bien des fois, si on l'adopte sans réserve. Ce traitement, nous dit M. Fournier, ne saurait être un traitement médical. Ici, « l'épreuve thérapeutique » n'est pas de mise. Le traitement spécifique échoue, comme dans le tabès ou la paralysie générale, autres maladies parasyphilitiques. Au lieu de perdre un temps précieux en faisant de la médication mercurielle, il faut enlever d'emblée les nodosités languales dont les syphilitiques sont porteurs, dès qu'elles persistent quelque temps.

A. Benoit.

Myosite ossifiante progressive, guérie par la thiosinamine, par Karl Boseck (*Munch. Med. Woch.*, 27 *nov.* 1906). — Il s'agit d'une femme de 22 ans qui à la suite de l'influenza eut une sensation de pesanteur dans le bras droit, avec gêne des mouvements et craquements perceptibles à distance. Il survint ensuite une plaque dure dans les muscles du cou, particulièrement dans le sterno-mastoïdien. On pouvait croire à une lésion gommeuse, à un épaississement d'origine rhumatismale ou à une myosite ossifiante. L'auteur admet ce dernier diagnostic. Comme un traitement par le massage avait auparavant été essayé sans succès, l'auteur procéda de suite à des injections de thiosinamine (1, — glycérine 2, eau distillée, 10), faisant chaque jour une injection de 1 centigr. de thiosinamine. Dix injections furent faites et au bout de quelques jours les mouvements du bras étaient redevenus faciles, la sensation de pesanteur avait disparu et la dureté musculaire avait presque complètement disparu. Les injections furent reprises dans la suite et la lésion disparut alors définitivement. Il est à remarquer que la myosite ossifiante s'était développée dans une région qui avait été le siège de névralgies violentes durant l'influenza, lesquelles ont peut-être joué un rôle étiologique.

L. Jumon.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

Dr Chassevant
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Traitement de la stomatite mercurielle par le bleu de méthylène, par Hébert et Lamoureux (*La Revue médicale de Normandie*,

25 nov. 1906). — Il est bien souvent impossible de différencier objectivement les stomatites mercurielles des stomatites ulcéro-membraneuses et des gingivites ulcéreuses en général, si l'on ne tient pas compte des antécédents. L'examen bactériologique ne donne pas plus de renseignements que l'aspect clinique d s lésions.

Ce sont ces raisons qui ont amené les auteurs précités à traiter les stomatites mercurielles par le bleu de méthylène en poudre, comme Chauffard et Siredey l'ont fait pour la stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine de Vincent.

Une fois par jour, à l'aide d'une baguette garnie de coton, on porte directement la poudre de bleu sur les points malades. Il faut faire une large application, le rinçage de la bouche enlève l'excès du médicament. On complète le traitement par des lavages fréquents avec une solution de chlorate de potasse à 20 p. 1.000 et le nettoyage des dents, enlèvement du tartre et des chicots. A l'appui, les auteurs citent un certain nombre d'observations concluantes au point de vue de l'efficacité et de la rapidité d'action du bleu de méthylène, même en continuant le traitement mercuriel, ce qui a beaucoup d'importance dans les cas où il faut agir vite, pour éviter des destructions irréparables. Le bleu doit être chimiquement pur, son usage est contre-indiqué en cas d'albuminurie.

L. Jumon.

Un cas d'herpès à l'œsophage, par M. Holub (*Therapie der Gegenwart*, sept. 06). — M. Holub cite l'observation d'un homme de 48 ans, souffrant depuis six mois de dysphagie et de douleurs interscapulaires qui irradient vers la poitrine et l'estomac. Ces douleurs se produisent subitement, durent quelques minutes et disparaissent rapidement.

le. L'emploi de l'œsophagoscope de Glücks-

Le diagnostic dans l'espèce, était difficimann montra qu'il s'agissait d'herpès de l'œsophage.

L'auteur institua le traitement suivant, à la suite duquel le malade guérit rapidement :

1° Tous les jours instillations d'eucaïne à 3 0/0.

2° Trois fois par jour ingestion de 10 gouttes de la solution :

Morphine 0,10 centigr.
Eau de laurier cerise 20 gr.

3° Enfin, interdiction des aliments solides. Nourriture liquide ou demi-liquide (bouillies et potages).

Dr Pierre Sée.

Traitement de la pharyngite chronique (d'après la Revue Française de médecine et de chirurgie, n° 21, p. 321, 1906). — Badigeonner tous les 2 ou 3 jours, avec un pinceau ou un tampon de coton, le pharynx avec la mixture :

Iode bisublimé.....	0 gr. 25 cgr.
Iodure de sodium.....	2 gr.
Glycérine neutre.....	10 gr.
Eau distillée de menthe..	15 gr.

Dr Pierre Sée.

Action de divers stomachiques sur la secrétion gastrique, par M. Theodor Hoppe (*Münchener Mediz. Wochenschr.* N° 45. 6 nov. 1906, p. 2228). — M. Theodor Hoppe expose les recherches qu'il a faites pour connaître l'action de quelques stomachiques sur la secrétion gastrique.

M. Hoppe pratiquait, sur des chiens, un petit estomac de Pawlow ; voici les résultats qu'il a obtenus :

L'orexine ingérée *per os*, avec les aliments, n'exerce aucune influence sur la muqueuse gastrique normale. Elle n'en a pas davantage lorsqu'on l'introduit directement par la fistule gastrique. Mais si l'on fait pénétrer le médicament, par la fistule, dans l'estomac d'un chien atteint de gastrite chronique, on constate de l'hypersécrétion et une augmentation de l'acidité.

L'auteur a étudié également l'action des *amers* sur la secrétion gastrique. Il expérimentait toujours sur des chiens préalablement soumis à l'opération de Pawlow. Les amers qu'il employait étaient : Tinctura amara, Tinctura Chinæ, Cortex Condurango. Ces médicaments étaient avalés en même temps que la nourriture. M. T. Hoppe a constaté que toutes ces préparations augmentaient la secrétion gastrique, non seulement au début, mais encore pendant toute la durée de la digestion.

Il en conclut que les produits dits « amers » favorisent l'acte digestif à la fois par excitation de l'appétit et par action directe sur la muqueuse gastrique. Cette influence des amers sur la muqueuse de l'estomac, l'auteur dit en faire la preuve en montrant que l'orexine et le tannate d'orexine (produits absolument dépourvus d'odeur et de saveur) hâtent le

travail de la digestion. Ces expériences démontreraient donc, d'après lui, que l'orexine, et peut-être aussi les amers, exercent une action chimique sur la muqueuse de l'estomac.

Dr PIERRE SÉE.

Le Citrate de soude contre la dyspepsie des adultes, par le Dr L. LACHENY (*Thèse*, Paris, Nov. 1906). — Dans ce travail, fait sous les auspices de M. Mathieu, médecin des hôpitaux, M. Lacheny a étudié l'action du citrate de soude contre la dyspepsie. Ce médicament conviendrait surtout aux malades qui ont de l'hypersthénie gastrique, c'est-à-dire des douleurs trois ou quatre heures après le repas, des vomissements ou des pituites. L'auteur formule une solution au dixième (soit 30 grammes de citrate pour 300 grammes d'eau). Chaque cuillerée à soupe contiendra donc 1 gr. 50 de citrate. Au moment où se produisent les douleurs ou les vomissements, et jusqu'à ce qu'ils aient cessé, on prend, toutes les cinq minutes une cuillerée à soupe de la solution. Il faut, en moyenne, deux à quatre grammes de citrate pour calmer une crise douloureuse.

M. Lacheny a observé les effets de ce médicament sur 14 dyspeptiques, dont 9 ressentirent une notable amélioration après une semaine de traitement.

Le citrate de soude serait donc un bon médicament pour les sujets dont l'estomac est irritable.

M. Lacheny a complété son intéressante étude en recherchant le mode d'action du médicament qu'il préconise.

Dr PIERRE SÉE.

La dyspepsie des albuminuriques, par M. Ch. FIESSINGER (*Journal des Praticiens*, n° 46, 17 nov. 06, p. 747). — M. Charles Fiessinger ne s'occupe, dans cet article, que des cas d'albuminurie chronique. On constate, dit-il, souvent la coexistence de l'albuminurie et de la dyspepsie ; et on met d'habitude au régime lacté les albuminuriques qui digèrent mal. Ce traitement n'est bon que dans certains cas ; il donne, dans certains autres, de mauvais résultats : il ne saurait donc être appliqué à tous les malades.

L'auteur estime qu'il faut distinguer trois modalités de dyspepsie chez les albuminuriques :

1° La dyspepsie est en relation directe avec les troubles de l'élimination rénale. Cette véritable *urémie gastrique* doit être traitée de la manière suivante : ventouses scarifiées sur la région rénale, régime hydrique. Injection de 0 gr. 25 de caféine si le pouls faiblit. Les jours suivants, trois tasses de 350 grammes de lait, additionnées chacune d'une cuillérée d'eau de chaux, potages aux farines et au lait, bouillons de légumes sans sel, pâtes, purées, œufs à la coque sans sel. On ne permettra les viandes qu'au bout de plusieurs jours, lorsque les douleurs gastriques auront cessé ; on ne les autorisera qu'au repas de midi, et sans sel.

2° Les troubles dyspeptiques résultent d'une maladie intercurrente, (grippe, par exemple) et se produisent pendant la convalescence.

Le malade, dans ce cas, supporte mal le lait. On le mettra au traitement suivant : potages et farines au lait, peu salés, toutes les trois heures et demie. Après chaque potage, un cachet.

Bicarbonate de soude..	0 gr. 30
Magnésie hydratée.... } Craie préparée..... }	ââ 0 gr. 20

Pour un cachet n° 20.

Compresses chaudes sur l'estomac. S'il y a lieu, tous les matins, pendant 12 à 15 jours, une cuillérée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau de Vichy (Célestins ou Grande Grille), légèrement chauffée.

Au bout d'un certain temps, revenir aux pâtes, œufs, viandes molles, viandes grillées.

3° Plusieurs types intermédiaires se placent entre les deux formes que nous venons de mentionner. L'albuminurie est tantôt provoquée par la dépression générale et l'état du rein, tantôt elle est consécutive à une lésion du rein et persiste en raison de la dépression générale. Pour permettre au praticien de se reconnaître, M. Fiessinger admet qu'on doit distinguer :

A. La dyspepsie neurasthénique, où on se préoccupera surtout de traiter la névrose.

B. L'albuminurie dyspeptique, dans laquelle le régime lacté est d'ordinaire mal supporté, à cause des fermentations gastriques qu'il provoque (dans 80 0/0 des cas suivant le prof. Albert Robin). On instituera le régime suivant : œufs, pâtes, purées, et, à midi seulement, viandes grillées.

Eau pure comme boisson. De plus, frictions au gant de crin, douches tièdes, saison à Evian ou à Saint-Nectaire.

C. La dyspepsie de l'albuminurie goutteuse. La lésion du rein est, dans ce cas, exceptionnelle d'après de Grandmaison.

On observe, de plus, de l'hypotension. Traitement : régime végétarien, très rarement de la viande. A jeun, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau de Vichy. En été, saison à Evian, Vittel ou Contrexéville.

Dr Pierre Sée.

Considérations sur la suppression de l'assimilation stomacale des médicaments par l'emploi de suif de mouton, par Jaworski (*Therap. Monatshefte*, nov. 1906). — L'auteur a depuis longtemps renoncé à l'emploi de la kératine, qui résiste souvent à l'action du suc intestinal, pour employer le suif (*sebum ovile*) : cette graisse fond entre 45 et 50° et si on enrobe avec elle une masse pilulaire, cette dernière ne sera pas influencée par le suc gastrique. On retrouve les pilules intactes, une heure après ingestion, si on les reprend au moyen de la pompe stomacale : si on a coloré la masse pilulaire avec du carmin, le suc stomacal ne présente à ce moment aucune teinte rouge.

Au contraire, les pilules se dissolvent sous l'influence du suc intestinal ; tous les médicaments ainsi administrés ont produit les effets thérapeutiques attendus (mydriase après ingestion d'atropine, réaction urinaire caractéristique après salicylate de soude, etc.). L'action purgative est un peu retardée, et il faut augmenter les doses d'un tiers.

L'emploi du suif s'impose pour les substances qui irritent l'estomac (arsenicaux, mercuriaux, iode et composés, acides phénique, salicylique, tannin, créosote, copahu, etc.) et pour celles destinées à agir sur l'intestin seul (acétate de plomb, nitrate d'argent, préparations pancréatiques, menthol, thymol, naphtaline, etc.).

Il faut bien spécifier que l'on désire un suif fondant vers 45° seulement. Chaque pilule doit être enrobée avec 0,10 gr. au maximum et contenir la même proportion de substances (actives ou excipient). On se servira de lycopode ou de magnésie calcinée, pour recouvrir les pilules. On prescrira par exemple :

Acide arsénieux ..... 0 gr. 10
Suif fondant vers 45° ..... 10 gr. »
Poudre de réglisse q. s.
Faire pilules n° 100. Couvrir de poudre de lycopode.

Iodure de sodium.
Suif fondant vers 45° ãã 10 gr.

Mêlez et faites pilules n° 100. Couvrir de poudre de magnésie calcinée.

E. Vogt.

A propos de l'appendicite chronique et de l'entérite mucomembraneuse devant l'Académie de Médecine, par M. Gustave Langevin (du Mans). *Annales Médicochirurgicales du Centre, n° 45, 11 nov. 06. pp.* 529-533. — Résumé des discussions qui ont eu lieu, à l'Académie de Médecine, entre les professeurs G. Dieulafoy, Reclus, Cornil, Le Dentu, M. Richelot, etc.

M. Langevin, s'inspirant des nombreux travaux publiés et des communications faites sur l'appendicite et l'entérocolite mucomembraneuse, discute l'opportunité de l'intervention chirurgicale et celle du traitement médical.

L'auteur dit qu'il y a trois cas possibles.

1° Des entérites sans appendicite, et qui sont justifiables uniquement de la thérapeutique médicale.

2° Des appendicites chroniques, non compliquées d'entérocolite. L'opération est alors indiquée.

3° Coexistence d'appendicite et d'entérocolite. Dans ce cas, la seule intervention ne suffit pas ; il faut, de plus, le traitement médical.

M. Langevin conclut en disant qu'on doit limiter l'ablation de l'appendice aux cas où cet organe est malade. L'appendicectomie faite sur un appendice sain ne guérit pas l'entérocolite, qui est justiciable du traitement médical.

Dr Pierre Sée.

Traitement de l'entéroptose et de la cardioptose, par M. Max Einhorn. *Berlin. Klin. Wochenschrift.* (20 *août* 06). — M. Max Einhorn estime que la dénutrition prolongée est une des causes les plus fréquentes de la ptose des viscères abdominaux et du cœur. Aussi conseille-t-il, pour soigner ces affections, de relever l'état général. Dans ce but il emploie une alimentation abondante ; et de plus, il fait porter une sangle aux malades atteints d'entéroptose.

L'auteur cite, à l'appui de son opinion, plusieurs observations d'entéroptose et de cardioptose, où, grâce à ce traitement, il a obtenu une guérison complète : il vit même les organes prolabés reprendre leur position normale, à mesure que le malade aug-

mentait de poids. Il a remarqué que le cœur revient, avant l'intestin, à sa situation physiologique.

M. Einhorn donne, de ces résultats, une double interprétation : l'engraissement tendrait à fixer les organes, et la suralimentation relèverait leur tonicité.

Grâce à ce traitement on constaterait souvent, d'après l'auteur, la guérison ; on améliorerait, tout au moins, l'état général en débarrassant le patient des troubles subjectifs si pénibles qui accompagnent presque toujours les ptoses viscérales.

Dr PIERRE SÉE.

Le tampon savonneux dans la constipation chronique, par M. COLOMBO (*Gaz. Méd. Belge*, 15 novembre 1906, p. 68). — Prendre une bande de tarlatane de 6 centimètres de large. L'attacher à une ficelle. Enduire le tampon de savon de Marseille. L'introduire dans le rectum en position génupectorale, et attendre 15 minutes. Si l'effet ne se produit pas, retirer le tampon et aller sur le vase. Si on n'a pas obtenu de selles, faire prendre, avant l'introduction du tampon, un lavement de 150 à 200 grammes d'eau de savon.

Dr PIERRE SÉE.

Traitement de la lithiase biliaire, par M. HECHT. (*Les Nouveaux Remèdes*, n° 21, 8 nov. 06 ,p. I.). — En associant la noix vomique au calomel, on obtient une combinaison médicamenteuse qui est cholagogue et ne provoque jamais de coliques. La noix vomique, de plus, combat efficacement l'insuffisance motrice de la vésicule.

Dr PIERRE SÉE.

Insuffisance hépatique et arthritisme, par M. AUGUSTO DE MIRANDA (de Lisbonne) (*Médecine Scientifique*, novembre 1906, 2e série n° 71, p. 163). — D'après M. de Miranda, l'arthritisme serait une autointoxication, due à l'insuffisance de l'appareil antitoxique c'est-à-dire du foie. La plupart des manifestations arthritiques ne seraient que des autointoxications aiguës. L'auteur range dans cette catégorie l'entérite mucomembraneuse, l'embarras gastrique fébrile, qui mériterait, dit-il, le nom d'embarras hépatique fébrile, l'angine phlegmoneuse, les furoncles, le rhumatisme articulaire aigu. Il en irait de même de certains cas de fièvres palustres qui, pour lui, ne seraient pas d'origine paludéenne, mais de véritables fièvres hépatiques, et enfin de l'hystérie et de l'épilepsie.

Le traitement de l'arthritisme serait, pour A. de Miranda, les cholalogues, les ferments de raisin et de bière ; ces médicaments n'agiraient que parce qu'ils stimulent la cellule hépatique.

De même le salicylate devrait à ses propriétés cholalogues son activité thérapeutique dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dr PIERRE SÉE.

Appareil pulmonaire
Cœur et vaisseaux

Dr G. LYON
Ex-Chef à la Faculté de Médecine

Emploi du camphre dans la phtisie pulmonaire, par W. KOCH (*Therap. Monatshefte, nov.* 06). — L'auteur est un partisan de ce traitement, préconisé par Volland de Davos, bien qu'il ne partage pas entièrement l'enthousiasme de son inventeur. L'effet est nul dans les tuberculoses fermées. Il estime aussi que les doses préconisées par Volland (1 ccm. d'huile camphrée 2 à 4 fois par jour), sont trop élevées.

E. VOGT.

La strychnine dans la tuberculose pulmonaire, par MILROY (*Merck's Archives*, nov. 1906). — Il y a dix ans, W. Pepper a appelé l'attention sur la valeur de la strychnine dans la tuberculose pulmonaire. Depuis cette époque Milroy a employé ce médicament avec d'excellents résultats. Chez un adulte il commence par deux milligrammes quatre fois par jour, puis tous les cinq jours il augmente de 2 milligr. à une des doses jusqu'à donner quatre milligrammes quatre fois par jour. Il augmente ensuite de un milligr. par jour jusqu'à ce que la limite physiologique, c'est-à-dire la rigidité musculaire soit atteinte dans les muscles de la nuque et de la mâchoire. Il faut alors diminuer la dose de deux milligr. environ. La dose maxima donnée par jour varie d'ailleurs suivant les malades. Un homme pesant 140 livres prit pendant longtemps cinq centigrammes par jour et une femme pesant 110 livres prit pendant cinq jours six centigr. par jour sans aucun symptôme. La strychnine ne donne de bons résultats ici que si on

pousse la dose à la limite de la tolérance. Cette tolérance s'abaisse avec l'amélioration de la maladie. En agissant sur le système nerveux, la strychnine augmente la force des contractions cardiaques, la tension artérielle et la capacité respiratoire et sans doute elle agit sur l'état général en relevant une vitalité affaiblie dans la période prétuberculeuse. Dans un cas, la malade soumise à ce traitement était rapidement améliorée au point de vue de la toux, des hémoptysies, des sueurs nocturnes et de la prostration. Naturellement un traitement aussi intensif doit être surveillé de très près.

L. JUMON.

Traitement de la tuberculose par le climat d'altitude, par MORIN (*Therap. Monatshefte*, novembre 06). — L'auteur communique les résultats obtenus en 1905 à Leysin ; dans cette station, les malades appartiennent en général à la classe aisée et on ne procède pas à une sélection des cas à l'entrée dans les sanatoria.

En 1905 on a remarqué que le nombre des tuberculeux au 3e degré avait notablement diminué : celui des malades au 2e a augmenté, celui des malades au 1er est resté stationnaire. Cette constatation démontre que l'éducation des médecins, au sujet des indications de la cure d'altitude, commence à se faire : ce n'est qu'au point de vue du traitement de la tuberculose au 1er degré, si rémunérateur, qu'il y a lieu d'espérer un concours plus actif des praticiens.

Les résultats thérapeutiques de Leysin présentent une grande stabilité : le seul facteur pouvant introduire des inconnues dans le problème est constitué par l'état d'esprit du malade : s'il est discipliné, et continue à suivre, après avoir quitté la station, les règles hygiéniques et diététiques qui y sont appliquées, il peut arriver à une guérison définitive. C'est surtout dans le traitement par le climat d'altitude que cet espoir est justifié, car les effets de ce traitement sont durables et dûs à la force de résistance qu'acquiert l'organisme.

126 malades du 1er degré ont donné 82 guérisons et 41 améliorations : 162 du 2e degré 43 guérisons et 103 améliorations ; 41 0/0 des malades au 3e degré ont été améliorés.

Les 7 médecins des 3 sanatoria sont d'accord au point de vue de la méthode thérapeutique ; celle-ci est le résultat d'observations individuelles qui sont soumises à la commission médicale choisie dans les rangs de l'ensemble des praticiens de la station. Un chirurgien dirige une section de tuberculoses ganglionnaires et osseuses : on y traite enfin les tuberculoses laryngées par les rayons solaires.

On n'a pas estimé, à Leysin, devoir supprimer tout emploi de médicaments : parmi eux, la tuberculine de Béraneck (de Neuchâtel) a donné les meilleurs résultats, à condition de l'appliquer à des malades exempts d'infections secondaires et dont la résistance organique est suffisante. Dans les tuberculoses chirurgicales, on injecte avec succès cette tuberculine dans les foyers morbides. La méthode ne donnera des résultats satisfaisants que si la surveillance médicale s'exerce d'une façon ininterrompue.

L'auteur termine par deux remarques : il conseille d'envoyer à Leysin les prédisposés, car tout danger de contagion est supprimé, grâce aux rigoureuses mesures de désinfections prises, et s'élève contre le préjugé existant, qui fait envoyer dans les climats d'altitude les malades pendant l'hiver seulement : toutes les saisons sont favorables à la cure.

E. VOGT.

Traitement de l'asthme et des affections analogues, par BRUGELMANN (*Therap. Monatshefte, nov.* 06). — Pour l'auteur, l'accès d'asthme est constitué par un spasme trachéo-bronchique par irritation du centre respiratoire. Cette irritation peut être traumatique, réflexe ou toxique. Pour obtenir des résultats thérapeutiques, il faut déceler avant tout l'étiologie des accès, qui est très variée et échappe parfois à l'attention du praticien. Nombre de cas, par exemple, sont dus à l'hyperidrose plantaire, et résisteront aux traitements classiques si on a négligé le traitement de la cause. Il faut aussi rechercher avec soin les points asthmogènes du rhinopharynx et les insensibiliser. En tous cas, il est irrationnel de prescrire d'emblée aux asthmatiques une quantité de précautions hygiéniques et diététiques qui ne font que favoriser la phobie par autosuggestion : ce n'est qu'après examen minutieux de chaque cas, et traitement local rationnel, que l'on donnera quelques recommandations générales, concernant la suppression du tabac, le régime alimentaire, etc.

L'envoi dans les stations d'attitude, dans les stations thermales où l'on traite les asthmatiques, ne doit pas être appliqué

indistinctement à tous les malades : quelques-uns d'entre eux seulement y trouveront un bénéfice ; on commencera toujours par la recherche de l'étiologie et le traitement local.

E. VOGT.

Emploi de la digitale dans les affections valvulaires du cœur, par H. COLBECK (*Brit. med. J.*, 1er déc. 1906). — L'auteur insiste sur ce que la digitale augmente d'une façon remarquable le tonus du cœur et bien que le tonus des artérioles et des capillaires soit également augmenté, l'avantage reste encore au cœur surtout en cas d'hypertrophie. Dans l'insuffisance aortique, la digitale trouvera rarement son indication, car s'il y a lieu d'augmenter la tonicité du myocarde, l'augmentation de la résistance périphérique sous l'action de la digitale imposera un surcroît de travail au cœur. Dans tous les cas la digitale est absolument contre-indiquée si la paroi ventriculaire est atteinte de dégénérescence. Si le malade peut garder le repos, on peut cependant recourir à la digitale dans l'insuffisance aortique chez un sujet encore jeune ou chez des adultes dont la lésion aortique est en même temps associée à une insuffisance mitrale. Le médicament doit être supprimé quelque temps avant de reprendre l'exercice, la négligence de cette précaution peut être suivie de l'affaiblissement subi de ventricule et de la mort subite. L'utilité de la digitale dans l'insuffisance aortique est donc très limitée, on peut admettre qu'elle est proportionnelle à la grandeur de l'effort qui a amené la rupture de la compensation. Le médicament est contre-indiqué dans le rétrécissement aortique en dehors de cette dernière condition.

Dans l'insuffisance mitrale tout le monde reconnaît les bons effets de la digitale, par suite de son action sur le myocarde tout entier, et sur la circulation périphérique. Dans le rétrécissement mitral la digitale n'a pas d'effet utile si le cœur droit n'est pas affaibli, elle est nuisible lorsque la pression pulmonaire a augmenté au point de surcharger le ventricule gauche.

L. JUMON.

Traitement des cas d'affection cardiaque avancée, par R. SAUNDBY (*The Brit. med. J.*, 20 oct. 1906). — Le repos dans une position plus ou moins couchée s'impose chez les cardiaques dès qu'il y a de l'hydropisie; lorsque la marche entraîne une forte dyspnée et si l'état de la circulation est tel qu'il y a danger de syncope. Les effets de la dystension stomacale, les troubles gastriques fréquents, la dyspnée d'origine toxi-alimentaire expliquent pourquoi le lait est le régime qui convient le mieux aux cardiaques. Parfois il doit être donné coupé et en quantité modérée. Qu'il soit ou non coupé, le lait ne doit pas être donné en quantité supérieure à 120 gr. toutes les heures. Mais quelles que soient les précautions prises, le régime lacté amènera la satiété et il faudra revenir à une alimentation ordinaire bien choisie, digestible, peu aminalisée. Cependant le régime lacté s'imposera dans les cas d'hydropisie. Le café et le thé doivent être permis avec certaines précautions en surveillant leurs effets chez les cardiaques. L'alcool est plus nuisible qu'utile et il n'est nullement prouvé que l'eau-de-vie aide à la digestion.

Parmi les toniques cardiaques, la digitale et ses principes tiennent la première place. Des indications sont un pouls faible, rapide, irrégulier et la présence de l'œdème. Quant aux affections aortiques, la digitale peut être utile tant que le pouls ne descend pas au-dessous de 80. Le strophantus a la même action que la digitale, mais est plus infidèle. La teinture du convallaria, avec la caféine ou la théobromine convient bien dans les cas avancés d'affection aortique. Après la digitale, les toniques cardiaques les plus utiles sont la caféine et la théobromine ; ce sont de bons stimulants ayant des propriétés diurétiques. La noix vomique et surtout la strychnine sous forme d'injections sont de puissants toniques du cœur, qu'on ne doit pas employer seulement à la dernière extrémité.

Les dépresseurs vasculaires sont souvent d'une grande utilité dans le traitement des cas avancés, lorsque le cœur semble incapable de répondre à la stimulation ; en relâchant les vaisseaux périphériques et en abaissant la pression, ils soulagent le travail du cœur. Le nitrite d'amyle, d'éthyle, de sodium, la nitroglycérine, le tétranitrate d'érythrol, le mercure dans ses formes variées et l'iodure de potassium sont les mieux connus de ces médicaments.

La saignée du bras et les sangsues sur la région précordiale sont des moyens adoptés dans les cas où le côté droit du cœur est manifestement engorgé. La saignée donne des effets plus rapides, mais elle ne peut être répétée qu'à de longs intervalles. Les effets sont rapides, mais ils ne se maintiennent pas.

Lorsqu'il y a de l'ascite considérable il vaut mieux faire une ponction que de perdre du temps à employer des médicaments qui n'agissent pas tant que l'abdomen est distendu. Les ponctions des jambes sont rarement nécessaires et ne sont pas à souhaiter, cependant elles sont parfois utiles ; on évitera les incisions qui peuvent s'infecter.

Les purgatifs rendent de très grands services dans l'hydropisie cardiaque, mais il faut surveiller leur action. Le jalap, la scammonée et l'elaterium sont les meilleurs, surtout ce dernier, dont l'auteur donne un centigr. environ deux fois par jour. Les inhalations d'oxygène n'ont qu'une valeur médiocre, car le sang ne peut absorber qu'une quantité donnée d'oxygène. Enfin il y a lieu de combattre un des symptômes les plus pénibles des affections cardiaques avancées, l'insomnie. Il faut éviter le chloral et même l'opium ; occasionnellement on pourra faire une injection de morphine. Parmi les hypnotiques, le véronal, le dernier venu, semble le meilleur.

L. JUMON.

Maladies du système nerveux

Dr P. SAINTON

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

Les résultats du traitement opio-bromuré dans l'épilepsie, par KELLNER (*Munch. Med. Woch*, 27 *nov.* 1906). — Depuis 15 ans que l'auteur traite l'épilepsie par l'opium et le bromure combinés aux bains il pense qu'il n'existe pas de traitement aussi sûr. Le malade prend tous les jours pendant cinquante jours trois doses d'extrait d'opium par jour, en commençant par 0,05 centigr. trois fois par jour, puis en augmentant de 0,01 centig. tous les deux jours, de manière qu'au cinquantième jour le malade prenne comme dose maxima 0,29 centigr. trois fois par jour. Le lendemain le traitement par l'opium est terminé à 0,30 centigr. qu'on donne une seule fois le matin. On commence alors aussitôt le traitement bromuré : on donne le matin et le soir du 51e jour une dose de 2 gr. d'un mélange des trois bromures. Les 52 et 53e jour on donne 6 gr. du mélange, les 54 et 55e jours, 7 gr. puis 8 gr. pour les 2 jours suivants. A partir de ce moment on donne 9 gr. par jour dans de l'eau de Seltz et on continue pendant longtemps.

Pendant le traitement opiacé le malade prend trois fois par jour une cuillerée à soupe d'une solution chlorhydrique à un pour cent et s'il y a lieu du sel de Carlsbad, mais il n'y a en général pas de constipation. Le régime doit être léger, surtout végétal, non épicé. Le malade doit vivre au grand air et renonçant pour le moment à tout travail. Dans les 50 jours le malade prend un bain quotidien. Le 1er jour un bain à 24° de 10 minutes, le 2e jour à 23° pendant 9 minutes, le 3e jour un bain de 22° de 8 minutes. Le 8e jour le bain est de 17° et de 3 minutes, jusqu'au 15e jour, on continue ensuite les bains à 17° pendant 5 puis pendant 6 minutes.

Sur un total de 86 cas, ce traitement opiacé a dû être abandonné dans sa rigueur dans 16 cas, parce que les malades ne supportaient pas le médicament. Le traitement est resté inefficace dans 6 cas ; la diminution de la fréquence et de la violence des attaques a été constatée dans 23 cas, 13 malades ont été très améliorés ; 22 sont restés indemnes de toute attaque depuis le traitement, dans 21 de ces cas il s'est écoulé un intervalle de 2 à 6 ans depuis la dernière attaque.

L. JUMON.

Remarques sur le traitement de la neurasthénie, par BERN. ŒTTINGER (*Therap. Gazette*, 15 *nov.* 06). — La neurasthénie, pour l'auteur, est un état morbide dans lequel les toxémies jouent un grand rôle et c'est contre les auto-intoxications qu'il faut surtout diriger le traitement. S'il existe une maladie constitutionnelle concomittante, il faut instituer un traitement approprié, qu'il s'agisse de la goutte, de la syphilis, du diabète, du paludisme ; il en est de même des cas où l'intoxication par le plomb, l'alcool, l'opium intervient. Ensuite on cherche dans la neurasthénie à favoriser les éliminations. L'auteur recommande l'usage quotidien de sels de Carlsbad et d'une injection saline rectale. Le catarrhe intestinal fréquent dans ces cas se trouve amélioré. Pour favoriser l'élimination par les reins, le sujet absorbe six à huit verres d'eau par jour, à moins qu'il n'existe du côté du cœur et des vaisseaux quelque contre-indication à cette manière de faire. Il est rarement utile d'employer des diurétiques. Le traitement général ou hygiénique doit tendre à améliorer la nutrition des tissus. Suivant les cas on peut recourir au phosphore, à l'arsenic, ou à la quinine comme tonique. Chez les femmes, qui sont atteintes d'hyperesthésie et de paresthésies d'origine pelvienne, il est utile de prescrire un traitement tonique utérin. Beaucoup de malades voient leurs troubles nerveux s'a-

mender à la suite d'un traitement utéro-ovarien indiqué. Suivant les indications pour combattre l'état anémique on donnera des préparations ferrugineuses ou arsenicales. Les fermentations gastro-intestinales exigeront aussi une attention spéciale. Dans les cas où les vasodilatateurs sont indiqués l'auteur préfère recourir au tétranitrate d'érythrol plutôt qu'à la nitroglycérine dont l'action est énergique, mais fugace. Seulement le tétranitrate doit être donné à dose très faible. Les ablutions froides sont peu utiles, d'après l'auteur, qui recommande plutôt un bain chaud graduellement refroidi, suivi d'un massage général.

L'électrothérapie ne donne pas beaucoup de résultats chez les neurasthéniques qui peuvent sortir, on peut cependant employer la faradisation générale, comme moyen de stimulation. Mais il est encore préférable d'appliquer le long de la colonne vertébrale quelques ventouses sèches qui soulageront le malade mieux que le courant électrique.

Quant à l'alimentation on ne peut appliquer aucune règle fixe. En général les malades mangeront de la soupe, de la viande, du poisson non gras et des œufs en quantité modérée, des légumes, mais non en trop grande quantité à la fois, les farineux en quantité modérée, ils éviteront les pommes de terre, les fruits acides, les aliments sucrés en grande quantité. Le thé et le café légers sont permis, mais on proscrira le chocolat, le cacao et les boissons alcooliques. Le lait, dans le régime mixte, doit être pris en petite quantité.

On n'aura recours aux hypnotiques que pour obtenir le sommeil immédiat et permettre au malade de reprendre l'habitude de dormir. Mais si la neurasthénie ne s'en trouve pas améliorée, les hypnotiques sont nuisibles pour la nutrition et agravent la situation. Il en est de même des bromures, qui sont indiqués seulement dans la neurasthénie aigue, c'est une mauvaise pratique de les donner continuellement dans les cas chroniques.

L. JUMON.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles

Dr COURTADE
Ancien interne des hôpitaux

Le chlorure de calcium, agent médicamenteux d'hémostase préventive, par TOUBERT (*Arch. internat. de laryngol.*, juillet 1906).

L'auteur réalise l'hémostase préventive en augmentant temporairement et artificiellement la coagulabilité du sang, à l'aide d'agents médicamenteux et plus spécialement du chlorure de calcium qui agit, avant, pendant et même après l'opération.

Il a essayé de réduire ou d'éviter les hémorragies en nappe qui masquent le champ opératoire et produisent des hématomes diffus ou circonscrits, capables, d'entraver la réunion immédiate.

L'abondance de l'hémorragie et la rapidité de l'hémostase spontanée varient avec les sujets ; cela tient à la différence de coagulabilité du sang chez les individus. Il s'agit de trouver un moyen pratique d'augmenter cette coagulabilité pendant l'opération et les heures qui suivent.

Dans ce but, M. Toubert, a employé le chlorure de calcium chez tous ses opérés et le préfère aux autres agents hémostatiques.

L'antipyrine, l'eau oxygénée ont une action incomplète et inconstante et se prêtent mal à l'hémostase pendant l'opération. L'adrénaline efficace en badigeonnage sur les muqueuses est infidèle en injections sous-cutanées avant l'opération ; pendant celle-ci, son action sur une surface saignante est illusoire et de plus, son emploi est suivi d'une vaso-dilatation intense. Il faut aussi éliminer la plupart des médicaments hémostatiques employés en ingestion ou en injection. L'ergotine n'agit guère que sur l'utérus ; la gélatine donne des résultats incertains ; le sulfate de soude ou de magnésie, à petites doses répétées, sont inférieurs au chlorure de calcium.

Les résultats que M. Toubert a obtenus avec le chlorure de calcium sont exposés dans les diverses opérations que comporte la spécialité d'oto-rhinologie.

Dans plusieurs opérations mastoïdiennes avec ouverture large de l'antre et des cellules, l'opérateur n'a pas été gêné par le sang provenant des téguments ou de l'os ; même dans des évidements très étendus la perte de sang a été minime.

Le morcellement des amygdales, l'ablation des végétations adénoïdes ont été effectués, chez des adultes et des enfants, avec une hémorragie moindre que chez les sujets qui n'avaient pas absorbé du chlorure de calcium.

La résection de volumineuses crêtes de la cloison avec le couteau ostéotome n'a

pas donné lieu à une perte de sang aussi abondante que dans les cas ordinaires.

Une large résection de tout l'os malaire, du maxillaire supérieur, nécessitée par un volumineux néoplasme de la fosse nasale, put être menée à bien et presque sans écoulement de sang, chez un homme de 77 ans, grâce à l'administration préalable du chlorure de calcium.

Le chlorure de calcium est très soluble dans l'eau ; de plus, il est fort bien toléré par l'estomac ; il faut se rappeler qu'il est incompatible avec le lait dont la coagulation immobilise sur place l'agent médicamenteux.

Aux malades à opérer, M. Toubert fait prendre souvent l'avant-veille, mais toujours la veille de l'opération, une solution de 2 ou 3 grammes de chlorure de calcium que le malade absorbe en 2 ou 3 fois dans la journée, la dernière dose précédant de quelques heures seulement l'intervention.

D'après son expérience il ne semble pas que le chlorure de calcium perde son pouvoir de coagulabilité dans les cas d'infection, contrairement aux données expérimentales de Vincent, Dopter et Billet.

M. Toubert affirme dans ses conclusions que la très grande majorité des opérés a bénéficié de l'usage de cet agent d'hémostase la coagubilité du sang étant nettement augmentée chez tous ; qu'il n'a jamais dû interrompre l'opération plus de quelques secondes pour faire l'hémostase par tamponnement, qu'il n'a pas été obligé de laisser à demeure des tampons pour empêcher l'hémorragie post-opératoire ; qu'il n'a eu à placer que peu ou pas de ligatures, dans des opérations ou autrefois il en fallait un certain nombre.

Enfin il n'a pas encore observé d'hémorragies retardées ou d'hématomes après les interventions qui y exposent le plus. En somme, en raison de son innocuité, de son efficacité et de la simplicité de son emploi, le chlorure de calcium est un bon agent d'hémostase, plutôt préventif que curateur.

A. COURTADE.

Traitement de la sinusite maxillaire par les lavages diaméatiques, par FURET (*Revue de laryng., d'otol.*, 4 août 1906). — L'auteur a traité 29 malades atteints de sinusite maxillaire par les lavages de la cavité et a obtenu 24 guérisons et 5 échecs seulement. Ce mode de traitement, un peu délaissé, doit occuper la première place. Dans les sinusites aiguës les inhalations mentholées ont une efficacité réelle et si on ajoute les lavages, on voit dès la première intervention les douleurs cesser, les secrétions diminuer considérablement et après 3 ou 4 séances, c'est-à-dire à la fin de la première semaine la guérison est complète.

Dans la sinusite d'origine dentaire, il faut se borner à faire arracher les racines cariées, correspondant au sinus mais se bien garder de perforer le fond de l'alvéole qui créerait une fistule sinuso-buccale. M. Furet, pour faire l'opération, se sert d'une aiguille droite de 10 à 12 centim. de long et de 2 à 3 millim. de diamètre extérieur, réunie, par un ajustage approprié, à une seringue stérilisable.

Il fait la ponction exclusivement dans le méat inférieur, à 4 centimètres et demi environ de l'entrée des narines, après anesthésie locale à la cocaïne ou à la solution de Bonain ; après quelques tâtonnements il a toujours réussi à pénétrer dans l'antre; dans quelques cas, on est obligé d'enlever avec la pince, la tête du cornet inférieur quand elle empêche la manœuvre de l'aiguille.

Le liquide du lavage est l'eau bouillie ou légèrement phéniquée : il emploie aussi l'eau oxygénée à 12 volumes tiède.

Le lavage est pratiqué tous les jours ou tous les deux jours suivant l'abondance et la fétidité de la secrétion ; avec un peu d'habitude, on retrouve très facilement l'orifice pratiqué dans la première séance de sorte que l'introduction de l'aiguille est indolente dès le second lavage. Quand l'eau injectée sort propre, M. Furet fait l'aspiration avec la seringue pour évacuer tout le liquide et injecte alors soit de l'eau oxygénée soit quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc au 1/30 ou au 1/20e.

Dans les vieilles sinusites l'emploi du chlorure de zinc a paru favorable ; de même l'insufflation de poudre d'iodoforme.

Il préfère, à tout autre, le speculum de Palmer qui fait moins de saillie hors de la narine.

On peut poser en principe que lorsque 15 ou 20 lavages n'auront amené aucune modification de symptômes observés on devra recourir, sans temporiser davantage, à l'opération de Caldwell-Luc.

A. COURTADE.

Troubles auditifs et chlorure de sodium, par CHAUVEAU (*Arch. internat. de laryngol.*, juillet 1906).

L'auteur avait observé que les malades

dont le pharynx était sec présentaient un taux de chlorüration de l'urine inférieur à la normale et qu'au contraire ceux dont le pharynx était rouge avaient un taux plutôt supérieur ; de sorte que chez ces malades on augmentait ou diminuait l'ingestion du sel suivant l'état de leur pharynx.

La règle précédente souffrait des exceptions et malgré cela les malades étaient améliorés par le régime diététique.

Dans les affections de l'oreille il a été, jusque là, impossible de saisir une corrélation certaine entre l'état de l'organe auditif et la quantité de chlorure urinaire.

Chez un homme atteint de sclérose auriculaire assez net surtout à gauche et dont les urines étaient hyperchlorurées, la diminution du sel dans le régime a amélioré l'audition.

Chez une femme hypochlorurique le régime salin augmenta les bourdonnements mais parut influencer favorablement son audition.

Un scléreux très hyperchlorurique a vu presque doubler son audition par le régime de déchloruration.

Dans une observation plus détaillée on voit quelques fluctuations dans les bourdonnements et l'audition sous l'influence du régime mais point de résultat définitif.

A. COURTADE.

Maladies des Voies urinaires

Dr DESCHAMPS

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Traitement de la goutte militaire par le dynamo-injecteur, par FILARÉTOPOULO. (*Quinzaine thérapeutique*, 25 *sept.* 1906). — La goutte militaire est justiciable du massage de la prostate des glandes urétrales. Pour masser les glandes urétrales et faire pénétrer dans le fond de leur cul-de-sac les substances antiseptiques et modificatrices, l'auteur a imaginé un nouvel instrument qu'il appelle dynamo-injecteur. Cet instrument rappelle un peu le dilatateur de Kollmann, mais il n'a que deux branches une supérieure et une inférieure, qui réunies donnent à l'instrument la forme d'un Béniqué à courbure moindre. Les deux branches s'accolent l'une à l'autre par une face plane, leur surface extérieure est convexe : on les écarte l'une de l'autre en tournant une vis extérieure ; la branche supérieure est pleine, la branche inférieure est creuse ; on peut y injecter de la pommade à l'aide d'un piston, la pommade se déverse dans l'urètre par quatre orifices qui se trouvent à l'extrémité de cette branche.

L'instrument est introduit fermé et graissé dans l'urèthre, préalablement lavé, on introduit dans la branche creuse une pommade astringente ou antiseptique à base de lanoline, graisse qui est mieux absorbée par la muqueuse, et on dilate en tournant la vis ; on s'arrête dès que le malade accuse de la douleur, puis on fait subir quelques mouvements de va-et-vient à la vis pour masser la muqueuse, et faire pénétrer la pommade dans les glandes.

La guérison serait très rapide : dans certains cas il suffirait même d'une seule séance par semaine : chez un malade la pommade fut retrouvée dans l'urètre 48 heures après l'injection.

M. DESCHAMPS.

Les intolérances de l'urotropine (*Journal des Praticiens*, 22 sept. 1906). — Indépendamment de certains troubles digestifs (coliques, diarrhée), ou nerveux (céphalée, bourdonnements d'oreille), ou cutanés (érythèmes rubéoliques), l'urotropine peut provoquer de l'albuminurie, ou l'augmenter quand elle existe déjà : la preuve du rôle joué par l'urotropine dans ces cas a été manifeste dans un bon nombre d'observations publiées, l'albuminurie disparaissant quand on cesse l'administration du médicament. On a signalé aussi quelques cas d'hématurie provoqués par l'urotropine.

M. DESCHAMPS.

La borovertine, désinfectant urinaire nouveau, par MANKIEWITZ (*Berliner klin. Wochenschrift*, 3 déc. 1906). — L'auteur donne ce nom à un dérivé de l'urotropine, le triborate d'hexaméthylène-tétramine, dont il administre 2 à 8 doses de 0,50 gr. par jour. L'élimination se fait rapidement, l'action antiputride est très prononcée, car on peut laisser de l'urine à l'air libre pendant 9 jours sans qu'elle se décompose, si le sujet a pris au préalable 1 gr. de borovertine.

L'auteur dispose d'une centaine d'observations concernant des malades atteints de cystites diverses : dans quelques cas, l'effet thérapeutique attendu a fait en partie défaut (cystites blennorrhagiques, calculeuses, etc.), mais on observe toujours après son emploi une diminution du ténesme et de la strangurie.

Le médicament provoque parfois des troubles digestifs : on fera en conséquence bien de commencer par de faibles doses et d'arrêter la médication pour 1 ou 2 jours si l'anorexie se manifeste.

En résumé, ce composé est aussi actif que l'urotropine, et réussit même dans des cas où l'urotropine n'est pas parvenue à acidifier les urines.

E. VOGT.

Traitement de la cystite par l'alcool, par SELLEI (*Berliner klin. Wochenschrift*, 5 *nov.* 06). — L'auteur a reconnu que les solutions alcooliques diluées constituent un excellent traitement local de la décomposition ammoniacale des urines : ces solutions représentent même un médicament efficace de nombre de cystites.

Le titre des solutions varie de 5 à 15 0/0 d'alcool absolu : on commence par les solutions les plus faibles, tièdes ou chaudes. Au début, on laisse s'écouler le liquide au fur et à mesure de l'introduction ; plus tard on le laisse séjourner 10 à 30 minutes dans la vessie.

Les meilleurs résultats sont obtenus dans les cas de cystite accompagnant l'hypertrophie prostatique : la réaction ammoniacale disparaît très rapidement.

Le traitement peut être appliqué tous les jours à nombre de malades : dans quelques cas toutefois, on se bornera à 2 ou 3 injections par semaine.

S'il n'existe pas de pyélite ou d'autres complications, on peut administrer aussi avec succès ces injections aux cystites blennorrhagiques. Au début, le traitement provoque un peu d'irritation de la muqueuse vésicale, mais les malades la supportent fort bien.

E. VOGT.

Quand, comment et pourquoi faut-il conseiller la prostatectomie, par CATHELIN. — (*Journal des Praticiens*, 24 *oct.* 1906). — Dans les cas de première rétention aigue, l'opération n'est pas absolument indiquée, car la crise peut ne pas revenir. La prostatectomie est indiquée dans les cas de rétention aigue à répétition, sans être absolument urgente : elle devient une opération à conseiller chez les rétentionistes chroniques, et son indication est indiscutable lorsqu'il y a des calculs dans la vessie.

La voie périnéale est la voie de choix : la voie transvésicale doit être employée lorsqu'il existe des hématuries abondantes dont la cause est douteuse (néoplasme ou hypertrophie simple). La voie combinée, périnéo-sus-pubienne (Cathelin) doit être employée dans les cas de grosse prostate à évolution vésicale.

La prostatectomie doit être conseillée parce que les sondages sont difficiles, parce que le malade se fait des fausses routes en se sondant, parce qu'il est à la merci de son médecin. Si on est obligé d'employer le mandrin pour passer, parce qu'il est menacé de complications qui l'immobiliseront à chaque instant (orchites, cystites), parce qu'il y a tout intérêt à ne pas laisser stagner du pus et des calculs dans dans son bas-fond vésical.

L'opération est contre-indiquée chez les tarés du cœur, des poumons et des reins, dans les cas de prostates cancéreuses, chez les prostatiques qui ont perdu leur contractilité vésicale.

M. DESCHAMPS.

Le cancer de la prostate, par GARDNER (*Gaz des hôpitaux*, 8 sept. 1906). — Le cancer de la prostate a toujours une tendance à se propager aux parties voisines, c'est cette tendance qui lui a fait donner le nom de cancer prostato-pelvien diffus (Guyon). Histologiquement, il résulte de transformations successives de l'adénome prostatique de l'hypertrophie sénile (Albarran et Hallé), c'est de l'épithélioma alvéolaire ou de l'adéno-épithélioma ; la propagation ganglionnaire est la règle (ganglions iliaques, pelviens, sacrés, lombaires inguinaux, etc). La glande est augmentée de volume, bosselée, irrégulière ; les vésicules séminales sont souvent envahies ; la vessie n'est atteinte que tardivement ; cette propagation vésicale est niée par Pousson, mais elle a été constatée nettement par plusieurs auteurs ; la propagation urétrale n'est pas rare, le rectum reste ordinairement indemne ; la compression des uretères par les ganglions peut amener de l'hydronéphrose. Les métastases osseuses, surtout au bassin et à la colonne vertébrales, sont fréquentes. La propagation au péritoine a ét énotée plusieurs fois.

Albarran et Hallé admettent que le cancer de la prostate se développe aux dépens de l'hypertrophie simple : il est rarement secondaire à un cancer du rectum ou de la vessie.

Au début l'affection ne diffère guère de l'hypertrophie simple : d'après Fürstenheim, la rétention s'établirait en même temps que la fréquence nocturne des mic-

tions ; tous les auteurs s'accordent d'ailleurs à dire que la rétention est précoce dans l'hypertrophie cancéreuse. La douleur spontanée est fréquente au début, sous forme de lourdeur, de gêne au périnée avec irradiations vers les lombes et le sacrum, ces douleurs sont dues vraisemblablement à la névrite cancéreuse. Dans la suite il y a la douleur à la miction, localisée soit au périnée ou à l'urètre profond, ou même au bout de la verge. L'hématurie spontanée du début ou de la fin de la miction est également un symptôme qu'on trouve assez fréquemment.

La marche est progressive mais relativement peu rapide. Le diagnostic peut être incertain au début : l'amaigrissement, l'âge trop jeune ou trop vieux, l'hématurie, la rétention précoce, les douleurs feront penser au cancer plutôt qu'à l'hypertrophie : le toucher montre une prostate hypertrophiée avec des bosselures, mais ces irrégularités ne sont pas toujours sensibles au début lorsque les noyaux cancéreux sont centraux ; dans la forme diffuse, le toucher rectal est alors très caractéristique.

Le traitement chirurgical a été tenté par beaucoup de chirurgiens : le procédé le plus employé a été la prostatectomie périnéale, quelquefois la voie hypogastrique. Young enlève, par le périnée, la prostate, les vésicules séminales, et la portion du plancher vésical qui forme calotte au-dessus de la prostate avec l'urètre prostatique. Les statistiques ne sont pas encourageantes, la mortalité opératoire est relativement élevée, et les récidives rapides ; l'opération ne peut être tentée avec quelque chance de succès que lorsque le cancer est limité à l'intérieur de la capsule. On se bornera donc, dans la plupart des cas, au traitement palliatif (cathétérisme prudent, drainage sus-pubien, morphine, etc.) ; les résultats radiothérapiques ne sont pas assez probants pour ne pas réserver son opinion.

M. Deschamps.

Suture uretéro-uretérale par invagination et uretéro-anastomose (19e *Congrès français de chirurgie*, 1906). — M. *Pozzi* (de Paris), s'est trouvé en présence d'une section opératoire de l'uretère, dans un cas de suppuration pelvienne compliqué. Il invagina donc le bout supérieur dans l'inférieur, et par ce renversement des bords, se trouva adosser deux surfaces séreuses. Une petite fistule se produisit les jours suivants, mais finit par se tarir, de telle sorte que la guérison fut obtenue. Dans le même ordre d'idées, M. *Fournier* (d'Amiens), a pu anastomoser l'uretère avec succès chez un autre malade, fait qui trouve aujourd'hui son application fréquente.

A. Benoit.

Pharmacologie

Dr E. Vogt
Ex-assistant à la Faculté de Médecine de Genève

Les purgatifs salins, par M. Ide (*Revue Médicale de Louvain*, n° 21, 15 novembre 1906, p. 330. — Il faut, chez les dyspeptiques, n'employer que des purgatifs non irritants. M. Ide bannit les résines, telles que l'aloès, prohibe également le calomel, et même l'huile de ricin qui donne des acides gras très irritants dès que les sucs intestinaux et biliaires ont commencé sa saponification. Il considère les purgatifs salins (sulfate de soude, de magnésie) comme les meilleurs.

Pour se rendre compte de l'action des purgatifs, l'auteur a pratiqué une fistule sur l'intestn grêle des chiens, et il a analysé le liquide de la fistule ; il en dosait les sulfates et les chlorures, et en mesurait la concentration absolue et cryoscopique. Il a pu savoir ainsi ce que devenait le médicament dans l'intestin grêle. Il a reconnu que le sulfate de magnésie est un irritant de l'intestin, tandis que le sulfate de soude est indifférent. (On peut même l'injecter dans le sang, en solution isotonique sans provoquer de phénomènes d'intolérance.)

M. Ide, pour l'emploi du sulfate de soude, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Les meilleurs effets sont obtenus avec des solutions à 2 0/0, qu'on administre par la bouche, ou mieux en lavements.

2° Si on prend, *per os*, des solutions plus concentrées, boire, immédiatement après, de l'eau ou de la tisane.

3° Ne pas diluer le liquide au-delà du titre que nous venons d'indiquer. Ne pas ajouter de chlorure de sodium dans le but d'accentuer l'effet purgatif : cette addition est, en effet, inutile, car l'intestin grêle résorbe l'eau, ou les chlorures en excès, et la solution arrive au cœcum plus pure qu'à son passage au duodénum.

4° Si l'estomac est dilaté et s'il y a de la stase gastrique, ne pas donner de purgation mais un lavement à 2 0/0.

Enfin, ne pas administrer de lavement si le sujet a soif, car il le résorbera. Donner, dans ce cas, d'abord un lavement d'un demi-

litre d'eau tiède, qui sera rapidement résorbé, et ensuite un lavement purgatif.

Dr PIERRE SÉE.

La méthode oxygénée. — Action. — Technique et indications, par ADRIEN LIPPENS (*Le Scalpel*, 5 nov. 1906). — La méthode, créée par le prof. Thiriar, comporte l'emploi rationnel et associé de l'oxygène gazeux et de l'eau oxygénée. Le bioxyde d'hydrogène n'a d'action que par l'oxygène dissociable qu'il met en liberté à l'état naissant. L'oxygène n'est pas un antiseptique réel, dans l'acception pharmacologique du mot, mais il agit indirectement en tant qu'antiseptique, car il amène la destruction des microbes, c'est une antisepsie physiologique. Le gaz oxygène peut s'employer en bains ou en insufflations. Le mode opératoire consiste à introduire le membre malade dans un manchon en caoutchouc, hermétiquement clos à la racine du membre. On gonfle le manchon avec de l'oxygène qui doit être renouvelé. A un orifice très large d'entrée correspond un petit orifice de sortie. Ce dispositif est excellent pour traiter une infection par un courant permanent d'oxygène.

Les insufflations d'oxygène ont été plus récemment introduites dans la thérapeutique. L'auteur préfère, pour ces insufflations dans les tissus infectés, les petits embouts de caoutchouc, réservant l'aiguille de Pravaz dans les cas d'infection légère ; on circonscrit alors la région infectée d'un cercle de petites insufflations, en ayant soin de fournir à l'oxygène un orifice de sortie situé dans une partie déclive, par rapport à l'orifice d'entrée. S'il s'agit d'infections étalées, comme l'érysipèle, on projette vivement l'oxygène sur la région malade au moyen d'une petite embouchure évasée, comme un petit entonnoir en verre.

L'oxygène n'occupe cependant qu'une place secondaire dans la méthode oxygénée, car il est difficile ou impossible d'en faire pénétrer une quantité suffisante pour en imprégner le terrain envahi. L'eau oxygénée peut s'utiliser en bains et en injections ou servir de liquide de pansement. Si les bains et les injections d'eau oxygénée ont une grande utilité pour nettoyer les plaies et les cavités, les pansements ont une valeur plus discutable, car l'eau oxygénée dégage immédiatement l'oxygène dissociable qu'elle contient et il ne reste plus que de l'eau. Le bioxyde d'hydrogène sera employé avec avantage dans le décollement des pansements.

Lorsqu'il y a lieu d'appliquer un pansement humide sur une plaie traitée par la méthode oxygénée, il est formellement contre-indiqué d'employer des solutions antiseptiques fortes (sublimé, formaline, acide phénique, etc.) sous peine de voir annihilés les effets bienfaisants de l'oxygène sur la défense organique. On aura recours, soit à l'acide borique à 1 ou 2 p. c., soit à l'eau oxygénée neutre, soit à un mélange par parties égales d'eau oxygénée et de solution boriquée.

Quant aux indications, toute infection chirurgicale relève de la méthode oxygénée. Son action est spécifique dans la septicémie gazeuse et Thiriar a fait ressortir la grande valeur de l'oxygène en gynécologie. Certains microbes, le bacille de Koch et surtout le gonocoque se montrent plus rebelles à ce traitement, de même qu'on voit quelques rares malades chez lesquels le traitement oxygéné ne manifeste aucune influence nettement favorable. La méthode enfin est inoffensive et peut s'employer sur des surfaces cruentées.

L. JUMON.

VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Hôpital Lariboisière. — A partir du lundi 7 janvier 1907, sous la direction de M. PIERRE SEBILEAU, professeur agrégé et chirurgien de l'hôpital Lariboisière, MM. PAUL GIBERT et FERNAND LEMAITRE, assistants, feront une série de 20 conférences cliniques avec examen et présentation de malades.

Ces conférences auront lieu, le matin, à 8 h. 1/4, à la consultation du larynx.

Le droit d'inscription est de 50 francs.

Pour l'inscription, prière de s'adresser à M. PAUL GIBERT, assistant du service, salle Davaine.

Se munir d'un miroir frontal.

La reconstruction de l'Hôpital Beaujon. — Au nom de la cinquième commission, M. d'Andigné a présenté au Conseil municipal de Paris un rapport sur la reconstruction de l'hôpital Beaujon. L'administration est invitée à négocier avec l'Etat en vue de la reconstruction de cet hôpital sur les terrains de la zone militaire compris entre les portes de Villiers et des Ternes, la route de la Révolte et le boulevard de Villiers.

M. Heppenheimer fait voter un crédit complémentaire de 94.000 francs pour qu'on achève de construire l'asile des enfants convalescents de Brévannes.

Congrès périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie. — La 5e session s'ouvrira à Alger le 1er avril 1907, sous la présidence de M. le professeur QUEIREL, de Marseille, président général (section d'obstétrique), de M. le professeur BOURSIER, de Bordeaux (section de gynécologie) ; de M. le docteur GUINON, de Paris (section de Pédiatrie). Prix de la cotisation, membre titulaire : 20 francs ; membre associé : 10 francs. Envoyer les adhésions et communications a : M. le professeur J. ROUVIER, secrétaire général, 52, rue Daguerre (Alger).

Liste des rapports

OBSTÉTRIQUE. — *Cancer et Grossesse.* — Rapporteur M. OUI, de Lille.

GYNÉCOLOGIE. — *Prolapsus génitaux.* — Rapporteur M. DELANGLADE, de Marseille.

PÉDIATRIE (médecine). — *Le Palludisme chez l'enfant.* — Rapporteur M. CRESPIN, d'Alger. — *Les splénomégalies chez l'enfant.* — Rapporteur M. RIST, de Paris. — *Les anémies infantiles.* — Rapporteur M. L.-G. SIMON, de Paris.

CHIRURGIE. — *Les tumeurs du rein chez l'enfant.* — Rapporteur M. MOUCHET, de Paris. — *Les Péritonies aiguës de l'enfant (non compris l'appendicite et la tuberculose).* — Rapporteur M. NOVÉ-JOSSERAND, de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Les aliments usuels. — Composition ; Préparation ; Indications dans les régimes, par le docteur Alfred Martinet, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 volume in-8, de VIII-328 pages (MASSON et Cie, éditeurs). Prix, 4 francs.

Dans ce volume, conçu dans le même esprit que celui qu'il avait antérieurement consacré à l'étude des *Médicaments usuels*, l'auteur s'est efforcé de condenser pour chaque aliment en particulier (viande, lait, œufs, féculents, céréales, pain, légumes verts, fruits, boissons, etc.), les données les mieux établies, des plus anciennes aux plus récentes, fournies par la chimie, la physiologie, la pathologie ; et, en possession de ces éléments actuels, d'en tirer les conclusions immédiatement pratiques, tant au point de vue de l'alimentation de l'homme sain que de celle de l'homme malade : bref d'exposer rationnellement les indications et les contre-indications dans les régimes.

Suivant ses expressions mêmes, l'auteur n'a pas craint « d'entrer dans des détails de cuisine pure », de « mettre la main à la pâte », de « secouer la casserole » suivant la parole quasi héroïque de Carême à son lit de mort. Nous sommes convaincus comme lui « que c'est à ce prix et à ce prix seulement que nous ferons de la diététique au lieu de la prédicante pédantesque et morose que vous savez, la bonne mère de famille qu'elle doit être, avisée sans prétention et indulgente sans faiblesse. »

La chirurgie enseignée par la stéréoscopie, par MM. Camescasse et Lehmann (Baillière, Paris).

L'idée de MM. Camescasse et Lehmann, mise en exécution par la Librairie J.-Baillière et fils, est très ingénieuse et très curieuse.

C'est la chirurgie enseignée par l'image. Alors que dans les traités de technique opératoire, les figures ne représentent pas tous les temps de l'opération, si bien qu'il est toujours nécessaire de recourir à la lecture du texte ; ici, tous les temps, toutes les manœuvres passent sous l'œil de l'observateur qui revoit toutes les précautions les plus infinies de l'opération.

Cette tentative très ingénieuse est un progrès et rendra des services au praticien qui veut se remémorer, comme à l'étudiant qui veut apprendre et comprendre ce qu'il verra à l'hôpital : c'est, d'ailleurs, apprendre en s'amusant.

Un texte court et précis donne pour chaque opération : *Ce qu'il faut savoir*, c'est-à-dire les particularités anatomiques ou autres qu'il faut avoir présentes à l'esprit. *Ce qu'il faut avoir*, c'est-à-dire les aides et les instruments nécessaires. *Ce qu'il faut faire*, c'est-à-dire le manuel opératoire.

Chaque opération est accompagnée de planches en simili-gravure d'après les stéréoscopies originales des auteurs. Ces planches sont merveilleuses de netteté et de précision.

Le huitième fascicule qui vient de paraître, est consacré à l'*Appendicite*. C'est une question qui intéresse tous les praticiens et que les récentes discussions de l'Académie de médecine ont remis au premier rang des actualités.

Le texte se vend séparément : 1 fr. 50. — Les 34 plaques stéréoscopiques : 38 francs. Envoi d'une plaque spécimen pour 1 franc.

PARIS. — G. CAMPROGER, 52, R DE PROVENCE. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Académie de Médecine, DISTRIBUTION DES PRIX. — La séance pnblique annuelle de l'Académie de médecine a eu lieu hier, sous la présidence de M. Guéniot.

A trois heures, M. Motet secrétaire annuel de l'Académie, prit la parole. Il déclara que, sur les cinquante-huit prix dont peut disposer l'Académie, quarante devaient être décernés cette année ; cependanr: il n'y eut que vingt-sept lauréats. Les mémoires et travaux envoyés à l'examen de l'Académie furent des plus nombreux. M. Motet compta plus de 180 manuscrits, livres, petites brochures, gros mémoires.

Cependant, le prix *François-Joseph Audiffred*, constitué par un titre de 24.000 francs de rente, ne fut point encore, cette année, décerné. Il en fut de même pour celui de *Pierre Guzman*, formé par un titre de 1.328 francs. Le premier doit échoir à celui qui aura découvert « un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose, par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision, dit le testament, ne pourra être sujette à aucune contestation » ; le second à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies du cœur.

M. Motet loua ensuite les morts de l'année. Il fit l'éloge de Léon Colin, de Josias, de Brouardel, de Prunier et aussi celui de M. Mégnin, qui mourut dans les derniers jours de 1905. Il félicita enfin les nouveaux élus, M. Widal et M. Kauffmann professeur à Alfort.

M. Guéniot donna lecture des prix décernés par l'Académie pour l'année 1906. Une partie des arrérages du prix *Audiffred* sont accordés, à titre d'encouragement, à MM. Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille, et Guérin (1.500 fr.), pour leurs travaux sur « l'origine intestinale de la tuberculose pulmonaire » ; un encouragement de 1.500 francs est attribué à M. Vallée, professeur à l'Ecole d'Alfort, pour « l'ensemble de ses travaux sur la tuberculose » ; MM. Paul Halbron et Juillerat reçoivent chacun 500 francs sur ce même prix.

Les « Etudes sur la tuberculose, 1903-1906 », valent au docteur Louis Rénon, professeur agrégé de Paris, le prix *Marie Chevallier*, de 6.000 francs. « Une contribution à l'étude de la paralysie générale », faite par MM. Mignot, Schrameck et Parrot, est récompensée du prix *Boullard* de 1.200 francs.

Le seul mémoire présenté par le docteur Cavaillon, de Lyon, sur « la thérapeutique du cancer du gros intestin », reçoit le prix *Chevillon*, de 1.500 francs.

Le prix *Herpin*, de 3.000 francs, qui doit être décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses, est attribué au docteur de Fleury, pour son « Manuel des maladies du système nerveux ».

D'autres prix sont décernés.

Un travail sur l'alcoolisme vaut au docteur Nicloux le prix *Buignet*. Les docteurs Béclère, Belot, Haret se partagent le prix *Daudet* pour une étude sur le traitement du cancer par les rayons X.

L'élève le plus méritant de l'année scolaire reçoit le prix *Laval*, de 1.000 francs. L'Académie décerne le prix à Mlle Lingois.

Le prix *Oulmont*, également de 1.000 francs, est attribué à M. Okinczyg, qui a obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours du prix de l'internat (chirurgie).

Le prix *Saintour*, de 4.400 francs, récompense les travaux du docteur Rémy, de Dijon.

Des médailles d'or, de vermeil, d'argent et de bronze sont enfin décernées à de nombreux médecins, pour les services qu'ils ont rendus dans le domaine des épidémies, de

pide. Traitement par la strychnine, 521. — sucré. Traitement diététique, 376.
DIABÉTIQUE. Emploi de l'hyperémie de Bier, 557. — (Gangrène chez les). Traitement, 411. — (Hydrates de carbone chez les), 157. — (Importance chirurgicale du coefficient acétonurique chez les), 806. — (Régime des), 53.
EMPOISONNEMENT par la cocaïne, 843. — par l'extrait de fougère mâle. Injection intra-veineuse de sérum physiologique, 557. — par le gaz d'éclairage, 339.
GLYCOSURIE et tolérance hydrocarbonée chez un diabétique. Evolution sous l'influence du régime, 772. — (Régime alimentaire dans les), 109. — soumise aux courants de haute fréquence, 554).
GOITRE exophtalmique. (Note clinique sur le), 230. — Thyroïdectomie, 412. — Traitements actuels, 217. — Traitement chirurgical, 774. — Traitement par le sérum antithyroïdien, 158. — et affections analogues. Valeur thérapeutique de l'antithyroïdine, 774.
GOUTTE. Traitement, 736. — Traitement prophylactique, 338.
HÉMOLYSES graves. (Altérations histologiques des organes hématopoiétiques dans les), 841.
HÉMOPHILIE. (Recherches cliniques et physiopathologiques sur l'), 805.
HÉMOPOIÉTINE. Utilisation thérapeutique, 841.
HYPERTENSION artérielle permanente et le diabète sucré. Etude de la d'Arsonvalisation, 737.
INTOXICATIONS acides, 703.
LEUCÉMIE. (Nutrition dans la) pendant le traitement radiothérapique, 409. — traitée avec succès par l'arsenic, 665. — Traitement par la radiothérapie, 409.
MALADIE de Basedow. Traitement alimentaire, 448. — Traitement par les rayons de Rontgen, 158.
MAL de Bright. (Déchloruration dans le), 339.
MYXŒDÈME atrophique traité par l'ingestion de corps thyroïde, 703. — Traitement thyroïdien, 268.
NUTRITION. (Influence des rayons Rontgen sur la), 703.
OBÉSITÉ. (La glande thyroïde dans l'), 591. — Traitement par le corps thyroïde, 410.
OSTÉOMALACIE. Traitement par l'insufflation rectale d'oxygène, 841.
PSEUDOLEUCÉMIE traitée par la radiothérapie, 772.
RACHITISME et atonie abdominale qui l'accompagne. Traitement, 737.
RHUMATISME. Action des salicylates, 842. — aigu. Doses massives de salicylate, 666. — Traitement par la salicyline, 230. — articulaire aigu. Emploi des agents physiques, 230. — articulaire aigu. Traitement salicylé, 53. — chronique déformant, 520. — chronique. Traitement, 53.
SCROFULE. Traitement par les injections intramusculaires d'eau marine, 411.
SPLÉNECTOMIE et maladie de Banti, 806.
TÉTANIE. Traitement 157.
URÉE. Elimination et rétention dans l'organisme malade, 773.
URÉMIE. Nature et traitement, 773. — Traitement, 16, 842.

Chirurgie générale

ABCÈS de fixation, 524. — pottiques, 845. — tuberculeux. Traitement, 778.
ABDOMEN. (Plaies pénétrantes de). — Intervention tardive, 808.
ACIDE phénique. Dangers, 342.
ADÉNITE cervicale tuberculeuse traitée par les rayons X, 341. — non suppurées. Traitement médical, 414.
ADÉNOME du sein et du corps thyroïde d'origine tuberculeuse, 305.
ADÉNOPATHIE tuberculeuse. Action favorable des rayons X, 20.
ANESTHÉSIE générale. (Troubles qui suivent l'). — Traitement, 484. — locale, 126. — 269. — 779. — lombaire, 235. — lombaire dans le demi-sommeil par la morphine-scopolamine, 308. — médullaire, 126. — 163. — médullaire avec la cocaïne et la stovaïne, 198. — médullaire dans les maladies abdominales aiguës, 415. — médullaire, particulièrement avec la stovaïne, 385. — mixte par la scopolamine, la morphine et le chloroforme, 198. — 269. — par le chloroforme. Phase de narcose. Remarques pratiques, 91. — par la morphine-scopolamine, 307. — par la scopolamine-morphine associée au chloroforme, 669. — spinale. Avantages et inconvénients, 809.
ANESTHÉSIQUES généraux. Administration, 125.
ANÉVRISME circonscrit du tronc tibio-péronier. Extirpation, 560.
ANUS. Abouchement anormal, 233. — (Fistule de l') traitée et guérie par les courants de haute fréquence, 704.
APONÉVROSE palmaire. Rétraction. — Méthode d'opération, 125. — palmaire. Rétraction. Traitement, 381.
APPENDICE vermiforme-chirurgiens, 775.
APPENDICECTOMIE. Manuel opératoire, 740.
APPENDICITE. (Cure simultanée de l') et des hernies inguinales droites, 18. — (Diagnostic différentiel de l'), 739. — Diagnostic et traitement, 739. — chronique. (Palpation de l'appendice et valeur de cette palpation dans l'), 740. — et phlébite des membres inférieurs, 775. — exigeant une opération immédiate. (Cas graves d'), 307. — pelvienne. Traitement, 122.
ARRÊT de la circulation locale comme agent thérapeutique, 162.
ARTHRITES chroniques non tuberculeuses. Traitement, 559.
ARTHROPHYTES du genou, 560.
ARTHROTOMIE, 379.
AUTOPLASTIE par lambeaux à l'italienne, 485.
BLESSURES vasculaires dans la guerre russo-japonaise, 54.
CANCER. Guérisons inattendues, 778. — Traitement, 453. — Traitement par les rayons X, le radium et les courants de haute fréquence associés, 454.
CHIRURGIE conservatrice, 253. — cranienne, 160.
CHOLÉCYSTECTOMIE, 123.
CHOLÉCYSTITE calculeuse suppurée. Opération. Guérison, 668. — et appendicite, 18. — et appendicite concomittantes. Cholécystectomie sous-séreuse et appendicectomie, 704.
CIRRHOSE du foie avec ascite. Traitement chirurgical, 123.
CLAVICULE fracture. Suture, 159.
COL fémoral. Fracture extra-capsulaire, 666.
COLITE chronique. Traitement chirurgical, 196.
COLON. (Rôle du). Son importance, 382. — transverse. Pseudo-cancer inflammatoire, 742.
CORDON torsion. Traitement, 88.
COURANTS de haute fréquence dans les « noli me tangere », 341.
DIFFORMITÉS pottiques. (Correction des), 742.
ECHINOCOQUE hépatique. Traitement par la méthode de Biondi, 341.

ECTOPIE inguinale. Traitement chirurgical, 486.
ESTOMAC. Cancer. — Indications du traitement chirurgical, 667. — (Cancer de). Opérations, 560. — Dilatation aigue post-opératoire, 17 et 18. — (Plaies de l'). — Plaies du foie, 739.
EVENTRATIONS primitives après les laparotomies, 808.
EXTRACTION des aiguilles sous l'écran, 779.
FÉMUR. (Fractures du col du). — Traitement non chirurgical, 450.
FISSURE anale. Traitement ambulatoire, 414.
FISTULE vésico-intestinale. Sutures intra-abdominales. — Guérison, 776.
FORME anatomique correcte des pédales des bicycles, 522.
FRACTURES bimalléolaires, 808. — bimalléolaires. Pronostic, 844. — de l'extrémité supérieure traitée avec succès par l'hypérémie veineuse, 560. — des os longs. Traitement rationnel, 159. — simples. Traitement opératoire, 159. — Traitement opératoire, 451. — Traitement par l'hypérémie passive, 303.
GANGRÈNES aseptiques de cause indirecte. Traitement, 88. — herniaire. Traitement, 232.
GANTS dans les opérations abdominales, 628.
GASTROPTOSE. Traitement chirurgical, 381.
GREFFES cutanées, 559.
HÉMORROIDES internes. Traitement dans les premières périodes, 56. — Traitement, 306.
HÉMOTHORAX traumatique. Évolution clinique, 55.
HERNIE. Curabilité par l'opération à tous les âges, 87. — Cure radicale. Résection du cordon, 742. Opération radicale, 271. — étranglées. Traitement par les compresses d'éther, 341. — inguinales et crurales. Traitement, 451. — isolée de l'appendice dans un sac crural, 271.
HYPÉRÉMIE en thérapeutique, 89. — par stase dans les opérations orthopédiques, 384. — par stase selon la méthode de Bier, 304.
ILÉUS à forme fruste. Traitement chirurgical, 195.
INFECTIONS chirurgicales aiguës. Traitement par la stase veineuse artificielle, 304. — chirurgicales graves. Traitement par le sérum leucocygène, 384.
INFLAMMATIONS aiguës. Traitement, 57. — aiguës. Traitement par l'hyperhémie passive, 304.
INJECTIONS d'eau de mer isotonique dans la constipation, la migraine et les troubles menstruels, 85. — d'oxygène dans les maladies chirurgicales infectieuses, 668.
INTESTIN grêle hernie. Résection de 4 mètres, 161. — Plaies par coups de feu, 197.
INVAGINATION intestinale, 776. — intestinale aiguë. Traitement, 121.
JAMBE. Fractures compliquées. Traitement chirurgical par l'appareil à prothèse externe, 449.
JÉJUNOSTOMIE, 449.
KYSTES hydatiques. Traitement, 197.
LANGUE. (Cancer de la). Traitement, 807. — (Cancer de la). Traitement, 846.
LAPAROTOMIE par le procédé de Pfannenstiel, 486.
LÉSION cérébrale parasitaire. Trépanation, 88.
LITHIASE biliaire. Intervention chirurgicale, 628.
LUXATIONS carpiennes, 378. — congénitale double. Ostéotomie sous-trochantérienne, 159. — du tendon de la longue portion du biceps brachial, 550. — totales de la colonne cervicale inférieure, 271.
MÉDIASTIN. (Tumeurs du). Traitement par les rayons de Rœntgen, 777.
MEMBRES. (Fractures des) et accidents du travail, 844.
MÉSENTÈRE. Tuberculose ganglionnaire. — Traitement, 19.
MOIGNONS diaphysaires aptes à l'appui direct, sans ostéoplastie, 198.
MUQUEUSES. (Tuberculose des). Traitement, 383.
MYOSITE ossifiante progressive guérie par la thiosinamine, 846.
NARCOSE chloromorphinoscopolaminique, 308.
OCCLUSION intestinale aiguë d'origine cancéreuse. (Entérorectostomie contre l'), 87.
ŒSOPHAGE. Cancer. Traitement par les rayons X, 56. — Cathétérisme, 124. — Diverticules. Traitement, 124.
OMENTOPEXIE. (Valeur de l'), 342.
OPÉRATIONS abdominales. (Procédé pour diminuer les chances d'infection dans les), 453. — buccales. Injections préventives de sérum antistreptococcique, 161.
OS LONGS. (Kystes des), 303.
PANARIS à l'annulaire. Reconstitution de la phalangine à l'aide d'un fragment d'os décalcifié, 451.
PANSEMENT au vin aromatique, 235.
PAROI abdominale. Tumeurs fibreuses. — Ablation, 627.
PÉRICOLITE adhésive sténosante, 739.
PÉRITONITE aiguë. Traitement, 307. — tuberculeuse. Traitement, 453. — tuberculeuse. Traitement chirurgical, 233. — 776. — tuberculeuses séro-fibrineuses. Traitement par la ponction suivie de lavages à l'eau stérilisée chaude, 19.
PÉRITYPHLITE aiguë. Traitement, 122.
PHLÉBITES. Mobilisation des membres inférieurs, 161.
PIED. Amputations économiques, 808. — (Entorse du). Traitement, 340. — bots invétérés. Tarsectomie bilatérale, 87.
PLAIES. Traitement par des pansements desséchés à la chaleur, 809.
PNEUMOTOMIE pour caverne bronchiéctasique, 777.
POIGNET. Traumatisme. (Névrite radiculaire du plexus brachial comme complication éloignée d'un), 451.
PONCTION lombaire. Moyen d'éviter les insuccès, 523.
POUCE. (Luxations du). Réduction avec les ciseaux de Vézien, 231.
POUMON. (Intervention chirurgicale dans les plaies du), 383. — (Plaies du), 449.
PROCESSUS inflammatoires. Traitement par l'hyperhémie veineuse, 305.
PROLAPSUS rectal. Traitement, 121. — Traitement, 383.
RECTUM. Cancer haut situé. Opération, 306. — (Cancers inopérables du). Anastomose iléorectale, 18.
RÉTRACTIONS cicatricielles. Emploi de la thiosinamine, 523.
RÉTRÉCISSEMENTS tuberculeux multiples de l'intestin. Traitement opératoire, 741.
RHINOPLASTIE. Nouvelle méthode, 233.
ROTULE. Fractures. Traitement opératoire, 55. — Luxation habituelle. Traitement, 380. — Suture après sept ans, 486. — Sutures avec des fils d'argent, 303. — (Suture de la), 197.
SARCOMES inopérables. Traitement par les toxines mixtes de l'érysipèle et du bacillus prodigiosus, 231. — lymphatiques. (Impor-

tance des rayons Rœntgen dans le traitement des), 56.
SEIN amputé totalement. (Restauration autoplastique du), 807. — (Tumeurs mixtes du), 485.
SEPTICÉMIE à tétragènes, 453.
SÉRUM antituberculeux de Marmorek, 160.
SHOCK. Traitement, 90.
SPINA ventosa des os longs. Traitement, 803.
STÉRILISATION des instruments de chirurgie dans une solution sodique de formol, 127. — des mains, 163.
SUPPURATIONS aiguës et chroniques. Traitement par le phénol camphré, 234. — aiguës. Traitement par l'hyperhémie passive, 162. — aiguës. Traitement par l'hyperhémie veineuse, 89.
SUTURE artérielle, 739. — nerveuse, 161. — veineuse, 692.
TAXIS forcé. Nouveaux méfaits, 232.
TENDINITE du cordon d'Achille, 20.
TIBIA. Fractures condyliennes. Traitement 20.
TORTICOLIS. Traitement, 270.
TRONC. (Compressions du). Masque ecchymotique, 88.
TRONCS veineux. (Chirurgie des gros), 737.
TUBERCULOSE ganglionnaire. (Laparotomie pour), 742. — iléo-cœcale. Forme hypertrophique, 776. — osseuse. Traitement, 341. — osseuse et articulaire. Traitement, 667.
TUMEURS blanches. Traitement par les injections, 577. — 613. — Traitement par le massage léger et la mobilisation prudente, 627.
TYPHLITE et périty phlite, 382.
ULCÈRE gastrique douloureux traité chirurgicalement, 231.
VACCINATION antinéoplasique, 778.
VEINES variqueuses d'un membre inférieur. Extirpation sous-cutanée, 738.
VOIES biliaires. Lithiase. — Traitement chirurgical, 87.
VOMISSEMENTS post-opératoires, 309.

Maladies de l'estomac et des voies digestives

ACHYLIE gastrique. Traitement, 525.
ALIMENTATION dans les maladies, 705.
ANTISEPSIE intestinale, 201.
APPENDICITE. Prophylaxie et traitement, 273. — Traitement, 526. — Traitement, 561. — Traitement chirurgical et interne, 597. — Traitement médical, 526. — Traitement médical par les antispasmodiques, 780. — chronique et entérite muco-membraneuse, 849. — (Fausses), 455.
ASSIMILATION stomacale des médicaments. Suppression par l'emploi de suif de mouton, 849.
AUTO-INTOXICATION intestinale. Traitement, 653. — 685.
BILE. Action thérapeutique dans les affections hépatiques et gastro-intestinales, 387.
CALCULS biliaires. Traitement, 272.
CAVITÉ péritonéale. Adrénaline, 489.
CHOLÉCYSTITES typhoïdiques suraiguës, 456.
CHOLÉDOQUE. (Lithiase du). Traitement, 93.
CIRRHOSE alcoolique, néphrite et péritonite tuberculeuses guéries par les ponctions et les lavements de pulpe de foie de porcs, 596. — atrophique guérie par le suc hépatique, 387. — hépatique. Décapsulation rénale, 166.
COLIQUE de plomb. Traitement, 167. — muqueuse. Traitement, 705. — ulcéreuse. (L'argyrol dans la), 94.
CONSTIPATION. Traitement physique et diététique, 93. — chronique. Tampon savonneux, 850. — habituelle. Traitement, 58. — chronique. (Acidité du suc gastrique dans la), 810. — habituelle. Traitement par les agents physiques, 127. — proctogène, 562.
CONSTIPÉS habituels. Régime alimentaire, 236.
DIARRHÉE. Traitement, 562. — chronique. Appendicectomie, 236. — chronique. Traitement par l'appendicostomie, 669.
DIÈTE lactée absolue. Avantage des farines diastasées, 416.
DIGESTION dans diverses affections stomacales Influence des amers, 91.
DOUCHE hépatique, 526.
DYSENTERIE catarrhale et gangréneuse. Traitements, 598. — chronique. Traitement, 598. — sporadique endémique. Traitement, 562. — sporadique. Traitement, 455.
DYSPEPSIES. Traitement aux eaux minérales, 343. — Traitement par hyperacidité, 386. — des adultes. (Citrates de soude contre la), 848. — des albuminuriques, 848. — hypersthénique. Traitement d'un cas type, 742. — nerveuses et troubles nerveux dyspeptiques. Traitement, 343.
ENTÉRITE muco-membraneuse. Traitement, 489.
ENTÉROCOLITE. Traitement, 744. — muco-membraneuse. Traitement, 416.
ENTÉROPTOSE et cardioptose. Traitement, 849.
ESTOMAC. (Cancer de l'). Traitement, 595. — Déplacements. Traitement, 811. — Douleurs tardives. Traitement, 779. — Ulcère, 386.
FOIE. (Affections du). (Cure de repos dans les), 310. — (Affections du). Thérapeutique médicamenteuse, 128. — Insuffisance fonctionnelle. Régime, 92. — (Kystes hydatiques du), 166. — (Maladies du). Régime et traitement fonctionnels, 127. — nostras. (Grand abcès du) dans la région toulousaine, 630. — (Syphilis du). Traitement, 128.
FONCTIONS gastriques. Influence de la médication alcaline sur les —, 342.
GASTRITE chronique. Curabilité, 488.
GASTROECTASIE consécutive à la sténose du pylore. Traitement, 456.
GASTROSUCCORRHÉE. Origine reflexe, 810.
HÉMORRAGIES du tube digestif. Traitement, 670. — stomacales et intestinales. Traitement, 199.
HÉMORROÏDES. (Opération simple pour), 489.
HÉPATOPTOSE ou rein flottant, 310.
HERNIE épigastrique, 488.
HYPERCHLORHYDRIE. Emploi de la noix vomique, 92. — Traitement, 704. — Traitement, 743. — stomacale. (Masticatoires comme traitement de), 58.
ICTÈRE. Intervention chirurgicale, 596.
INANITION progressive due à l'aérophagie. Traitement par l'alimentation nocturne, 596.
INFECTIONS intestinales. Traitement, 200.
INJECTIONS rectales d'huile pure, 13.
INSUFFISANCE hépatique. Traitement, 417. — hépatique et arthritisme, 850.
INTESTIN. (Maladies de l'). Méthodes électriques, 95.
LAVEMENTS et irrigations, 165. — électrique. Applications, 456.
LAXATIF dans les troubles intestinaux : le pétrole purifié, 201.
LITHIASE biliaire. (Cure consécutive aux interventions pour), 745. — biliaire. Indications

que doit remplir le régime, 272. — biliaire. Traitement, 525. — 671. — 850. — biliaire. Traitement hydro-minéral, 222.
MASTICATION comme traitement dans les maladies chroniques, 127.
MUQUEUSE de l'estomac. Hyperesthésie. — Traitement, 164.
NÉOPLASME stomaco-pancréatique. Administration de lait caillé, 236.
NEURASTHÉNIE gastrique, 810.
NÉVROSES. Apepsie, 780.
OCCLUSION intestinale. Traitement électrique, 166.
ŒSOPHAGE. (Herpès à l'), 847.
ŒSOPHAGE. (Herpès à l'), 847. — Rétrécissements. Traitement, 200. — Rupture par traumatisme externe, 487. — (Sténoses de l'). Traitement, 524. — Ulcère peptique, 629.
PANCRÉATITE chronique, 201.
PERFORATION stomacale. Guérison, 309.
PÉRIGASTRITE adhésive due à l'ulcère de l'estomac. Traitement, 415.
PÉRISIGMOIDITE, 273.
PÉRITYPHLITE. Traitement, 670.
PHARYNGITE chronique. Traitement, 847.
RÉGIME alimentaire dans les maladies de l'estomac, 475 et 505.
RÉTRÉCISSEMENT de l'œsophage guéri par la fibrolysine, 595.
SÉCRÉTION gastrique. (Action de stomachiques sur la), 847.
STOMATITE mercurielle. Traitement par le bleu de méthylène, 846. — ulcéro-membraneuse. Emploi de l'aristol, 86.
SUC gastrique. (Action du café et du cacao sur la sécrétion du), 456.
TYPHLOCOLITE muco-membraneuse et appendicite, 385. — 454. — 455. — 469.
ULCÈRE gastrique. (Chirurgie de l'), 309. — gastrique et duodénal perforant. Opération, 630.
VÉSICULE biliaire. Rupture, 273.
VOIES biliaires. (Autoplastie des), 311. — biliaires. (Lithiase des). Traitement, 93. — 166.
VOMISSEMENTS incoercibles dans l'adolescence, 165.

Appareil pulmonaire, cœur et vaisseaux

AFFECTIONS cardiaques. Traitement. — Bains de Nauheim, 783. — cardiaque avancée. Traitement, 852. — cardio-vasculaires. Action des bains hydro-électriques, 228. — pulmonaires non tuberculeuses. Traitement créosoté, 344. — cardio-vasculaires. (Bains hydro-électriques dans les diverses), 491. — valvulaires du cœur. Emploi de la digitale, 852.
ANÉVRYSME artério-veineux. Guérison spontanée, 237. — du tronc brachio-céphalique, 346. — guéris par la médication hypotensive, 388.
ANGINE de poitrine. (Digitaline dans l'), 491. — de poitrine. Nature et traitement, 673. — de poitrine. Traitement, 631. — de poitrine. Traitement par la gymnastique et le massage du thorax, 599.
ANGIOMES. (Vaccination des), 633.
ANOREXIE des tuberculeux pulmonaires : médications excitant l'appétit chez ces malades, 202.
ARTÉRIOSCLÉROSE. Pathologie et traitement, 388. — Traitement, 129.
ASTHME. Traitement, 527. — (Traitement électrique de l'accès d'), 346. — bronchique spasmodique. Nature et traitement, 706. — et affections analogues. Traitement, 851.
ASYSTOLIE. Traitement, 674.
BRONCHECTASIE. Traitement, 388.
BRONCHITE chronique et asthme bronchique. Radiothérapie, 673. — et broncho-pneumonie. Traitement, 565. — fétide et gangrène pulmonaire, 812.
BRONCHO-PNEUMONIE des vieillards. Traitement, 673.
CARDIAQUES et faux cardiaques. (Obsession chez les), 632.
CARDIOPATHIES. Contre-indication au massage mécanique du ventre, 418.
CARDIOVASCULAIRES (Effets du chloral, du dormiol, de l'hédonal et de l'isopral, 60.
CIRCULATION. (Action de la cure de Vichy sur la), 13. — (Action des iodiques sur la), 1. — cœur. Emploi de l'opium, 97.
COAGULABILITÉ du sang. (Action des sels de strontium sur la) 599.
CŒUR. Action du chlorure de barium, 311. — (Affections chroniquse du). Traitement moderne, 275. — (Plaies du). Sutures, 276. — (Sutures du), 311.
CRYESTHÉSIE des artérioscléreux et des brightiques. Traitement, 86.
ELECTROTHÉRAPIE dans les affections circulatoires, 564.
EMPHYSÈME. Bronchite chronique et asthme chronique. Traitement par l'air chaud, 781.
EMPYÈME. Emploi du sérum antistreptococcique, 631. — Traitement, 311.
EPANCHEMENT pleural traité par la méthode d'injection intra-séreuse d'adrenaline, 345.
EXPECTORANTS, 344.
GROS vaisseaux. (Anévrismes des), 433.
GYMNASTIQUE pulmonaire dans le traitement de la tuberculose, 812.
HÉMOPLASME (l'), 51.
HÉMOPTYSIE. Traitement, 600. — tuberculeuses. Emploi du gui, 447.
HÉMORROIDES. Traitement, 528. — (Traitement des), 632.
HÉMOSTATIQUE. (Lait comme), 747.
HYDROPISIES. Traitement par la déchloruration, 238.
HYPERTENSION artérielle chronique. Traitement, 563. — et bains carbo-gazeux, 491.
INJECTIONS intra-veineuses de strophantine, 632.
LÉSIONS cardiaques. Digitale, 96.
MASSAGE du cœur chez l'homme, 490.
MÉDIASTIN. (Cancer du). Traitement par la radiothérapie, 236.
MYOCARDITE. Affaiblissement et dilatation du
NÉVROSES cardiaques. Traitement, 59.
cœur. Emploi de l'opium, 97.
ŒDÈME angio-neurotique. Traitement par l'ichtyol, 347. — pulmonaire. Traitement, 389.
PHTISIE pulmonaire. Emploi du camphre, 850.
PHTISIQUES. Alimentation, 345, 390. — Emploi du camphre, 782. — fièvre, action de la marétine, 203. — Influence des hypnotiques sur la température des —, 782.
PLEURÉSIE avec épanchement. Traitement, 599.
PNEUMONIE. (Emploi de l'alcool dans la), 781. — fibrineuse. Traitement par le sérum antipneumococcique, 95. — franche. (Camphre dans le traitement de la), 274. — grippales. Effets favorables de l'argent colloïdal, 96. — (Ichtyol dans le traitement des), 275. — Prophylaxie, 167. — (Solutions salines dans le traitement de la), 168. — Traitement actuel dans les hôpitaux de New-York, 167. — Traitement éclectique, 274.

PNEUMOTHORAX thérapeutique, 345.
PONCTION pleurale chez les cardiaques et rénaux. Valeur diurétique, 707.
POULS lent permanent. Digitaline, 490.
PRESSION sanguine. (Action des courants de haute fréquence sur la), 600.
RÉTRÉCISSEMENT aortique. Traitement, 783. — mitral. Cure des bains carbogazeux. Résultats, 457.
SANATORIUM pour phtisiques. (Régime dans les), 745.
SANG et organes hématopoiétiques. Influence des rayons Rontgen, 564.
TACHYCARDIE paroxystique. Traitement, 60.
TENSION artérielle et courants à haute fréquence, 563. — vasculaire dans les maladies chroniques, 599.
TROUBLES respiratoires et circulatoires. Traitement, 418.
TUBERCULEUX. (Albumine dans l'alimentation des), 169. — de l'hôpital Samaritain de Philadelphie. Traitement, 707. — Emploi du camphre, 129.
TUBERCULOSE. (Effets des injections rectales de sérum de Marmoreck dans la), 337. — (Lutte contre la), 418. — Pourcentage des guérisons, 119. — Térapie spécifique, 621, 649. — Traitement familial, 745. — Traitement par le climat d'altitude, 851. — ganglio-pulmonaire dans l'école parisienne, 757. — pulmonaire. Cas avancés. Traitement, 59 et 672. — pulmonaire. Traitement par le pneumothorax artificiel, 671. — pulmonaire et climats d'altitude, 389. — pulmonaire. Haute fréquence. Action, 120. — pulmonaire. (Strychnine dans la), 850. — pulmonaire. Traitement par la tuberculine primitive de Koch, 202. — pulmonaire unilatérale. Traitement par le pneumothorax artificiel, 168.
VARICES des membres inférieurs. Traitement, 237. — Traitement médical, 565.
VEINES variqueuses. Traitement, 203.

Maladies du système nerveux

AFFECTIONS du système nerveux. (Bromure de méthylatropine dans les), 814. — nerveuses. (Thérapeutique des), 312.
ARTHRITIQUES. (Migraine des). Traitement, 130.
ATAXIE locomotrice. Traitement, 61.
BASEDOW. (Maladie de). Traitement antithyroïdien, 277.
CÉPHALALGIE et thérapeutique, 21.
CÉPHALÉE d'origine nasale, 814. — d'origine rénale, 785.
CERVEAU et moelle. Lavage, 391.
CHORÉE de Sydenham. Traitement par l'aspirine, 313. — et blennorrhagie, 458. — Traitement, 529.
CONTRACTURE hystérique des extrémités inférieures. Traitement par l'anesthésie lombaire, 601. — hystériques. Guérison par l'anesthésie lombaire, 494.
DELIRIUM tremens. Lavage de l'estomac, 240.
DOULEURS nerveuses. Traitement, 239.
EPILEPSIE et diète achlorurée, 419. — symptomatique. Ponction lombaire, 493. — Traitement, 707. — Traitement opio-bromuré, 853. — (Bromure de potassium dans l'), 708.
GASTROPATHIES fausses, 276.
GOITRE exophtalmique. Traitement chirurgical, 633.
HÉMIPLÉGIE. (Troubles de la motilité dans l'), 98.
HÉMIPLÉGIQUES. Faut-il les mobiliser ? 709.
HÉMISPASME facial guéri par une injection profonde d'alcool, 784.
INCONTINENCE d'urine d'origine neurasthénique. Traitement par le courant d'induction, 62.
INSOMNIE. Traitement, 492.
MAL de mer, 336. — Traitement, 301. — épileptique. (Saignée dans le), 130.
MALADIE de Parkinson. Action thérapeutique de la scopolamine, 814.
MÉLANCOLIE. Traitement, 541.
MIGRAINE, 390. — et céphalées toxiques. Traitement, 493. — Traitement, 62.
MOELLE. Maladies organiques. Traitement hydriatique, 169.
MORPHINISME. Traitement par l'atropine, 530.
MYASTHÉNIE bulbo-spinale, 494.
MYOCLONUS multiple. Traitement, 21.
NEURASTHÉNIE. Traitement, 633. — 853. — Traitement climatérique et balnéo-thérapique, 783.
NEURASTHÉNIQUES. (Constipation des). Traitement par l'électrothérapie, 238. — 239.
NÉVRALGIES faciales rebelles. Injections profondes d'alcool cocaïné ou stovaïné, 79. — de la face. Traitement électrique et radiothérapique, 530. — Injections d'acide osmique, 239. — (Injections d'air dans le traitement des), 97. — mammaire. Traitement, 348. — Paralysies diphtériques, névrite et polynévrite. Hydrothérapie, 97. — paresthésique guérie par les injections sous-cutanées d'air, 785. — Traitement opératoire, 601. — Traitement par les injections, 347.
NÉVRITE. Traitement, 62.
PARALYSIE générale progressive. Traitement, 813.
PONCTION lombaire. Indications thérapeutiques, 313.
NEURASTHÉNIE. Traitement, 238.
RECTUM ataxique, 813.
SCIATIQUE et autres névralgies. Traitement, 784. — et névralgies. Traitement par les injections sous-cutanées d'eau salée, 277. — traitée par la destruction d'adhérences et l'élongation, 130. — Traitement par la méthode d'infiltration de Lange, 277.
SUGGESTION médicamenteuse à l'hôpital Andral, 408.
PSYCHONÉVROSES. Traitement local et opératoire, 419.
TABÈS. Paralysies oculaires. Traitement, 494.
TICS convulsifs. (Résection du ganglion cervical supérieur dans le traitement des), 22.
TRIJUMEAU. (Névralgie du) traitée par la radiothérapie, 313.
VERTIGES. Traitement, 457.
ZONA et éruptions zoniformes, 529.

Maladies du Larynx, des oreilles et du nez

ADRÉNALINE. Actions indirectes, 816.
AMYGDALES. Abcès. Traitement, 242. — (Inflammation. Traitement par les appareils à ventouses, 23.
AMYGDALITE phlegmoneuse. (Levure de bière contre), 315. — Traitement, 130.
ANESTHÉSIQUE nouveau employé en rhino-laryngologie, l'alipine, 786.
ANGINES et siphon d'eau de seltz, 674.

BOURDONNEMENTS d'oreilles. (Le valyl en cas de), 131. — d'oreille. Traitement par la thiosinamine, 349.
CARIE dentaire. Prophylaxie, 348.
CÉRUMEN. (Surprises du), 531.
CLOISON. Déviation. Nouvelle opération, 786. — nasale. Déviation. Traitement, 204.
CORPS étranger de l'oreille, 495.
DIFFORMITÉS nasales et autres. (Injections sous-cutanées de paraffine pour), 495.
ENROUEMENT chronique. (Fréquence de la nature maligne de l'), 63.
EPISTAXIS et chlorure de calcium, 131. — graves. Traitement, 102. — Tamponnement postérieur, 531.
EVIDEMENT pétromastoïdien. Fermeture d'emblée de la plaie rétro-auriculaire, 241. — pétromastoïdien. Pansement par l'acide borique, 316.
FIÈVRE des foins. Emploi de la méthode de Bier, 675. — des foins. Traitement, 531. — typhoïde. Affections laryngées. Traitement, 23.
FOSSES nasales. Cloison. Tumeur bénigne, 459.
HÉMOSTASE préventive. Le chlorure de calcium, 854.
INJECTIONS intratrachéales, 22.
LARYNGITE tuberculeuse. Traitement, 63.
MASTOIDITE. Traitement, 420.
NÉVROSES réflexes d'origine nasale, 496.
ŒDÈME laryngé. Traitement, 419.
OREILLE. (Affections de l'). Ponction lombaire, 205. — moyenne. Affections chroniques non suppurées. Traitement par la galvanisation tubo-tympanique, 458.
OTALGIE. Traitement, 205.
OTITE moyenne aiguë avec paralysie faciale, 241. — moyenne purulente chronique. Emploi de la pyoctanine, 64. — moyenne purulente. Traitement, 240. — moyenne suppurée chronique. Traitement par les rayons X, 317.
OTOLOGIE. (Iothion en), 675.
OTOSCLÉROSE. Traitement, 170.
OZÈNE. Traitement chirurgical des cas rebelles, 203.
PANSINUSITES de la face. Cure radicale, 24.
PARAFFINE sur le visage. Injections et implantations, 634.
PARESTHÉSIES de l'arrière-gorge. Traitement, 64.
POMPE électrique pour aspirer les liquides, 532. — salivaire des dentistes, 532.
PONCTION lombaire. Applications aux affections de l'oreille, 316.
RHINO-PHARYNGITE chez les enfants, 349.
RHINOPLASTIE, 316.
RHUME des foins, 634.
SINUS frontal. Empyème. Traitement, 25.
SINUSITE fronto-ethmoïdale. Traitement, 241. — Indications opératoires, 315. — maxillaire. Traitement par les lavages diaméatiques, 855.
STÉNOSES laryngées consécutives à l'intubation et à la trachéotomie. Prophylaxie, 23. — laryngée diphtérique. Traitement, 22.
SUPPURATIONS aiguës de l'oreille. Méthode de Bier, 170. — aiguë de l'oreille moyenne. Moyen de l'empêcher de devenir chronique, 102.
SYPHILIS des voies aériennes supérieures, 315.
TONSILLE pharyngée hyperplasiée. Opération, 101.
TORTICOLIS. Traitement, 635.
TROUBLES auditifs et chlorure de sodium, 855.
TUBAGE peroral dans les opérations naso-pharyngiennes, 785.
TUBERCULOSE laryngée. (Galvanocaustie dans les divers formes de), 815. — laryngée. Guérison, 206. — laryngée. Traitement chirurgical, 206. — laryngée. Traitement par la galvano-caustique, 314. — laryngée. Traitement par la lumière solaire, 100.
TYMPANS artificiels en paraffine, 171.
VÉGÉTATIONS adénoïdes et prothèse dentaire, 531.
VOIES respiratoires supérieures. Œdème angioneurotique des —, 24.

Ophtalmologie

ANESTHÉSIQUE local en chirurgie oculaire. Alymophényl, 602.
BLÉPHARITES ciliaires. Traitement par l'herpine, 131. — 297.
CATARRHE printanier. Traitement, 817.
CONJONCTIVITES chez les nouveau-nés. Prophylaxie par l'argyrol, 99. — gonococcique. Traitement par le protargol, 603. — granuleuse. Mode d'action du radium, 115. — infectieuses. Traitement par la pommade jaune, 603.
CORNÉE. Ulcères infectieux. Sérothérapie, 98.
CURE d'atropine, 636.
EPITHÉLIOMAS des paupières. Traitement, 602. — palpébral. Traitement, 602.
HYPÉRÉMIE de Bier dans les maladies oculaires, 99.
HYPOTONIE oculaire. Traitement, 99.
INJECTIONS de paraffine fondue dans les tissus oculaires, 100. — intra-veineuses, 132.
IRIDECTOMIE antiglaucomateuse et massage de l'œil, 100.
IRITIS blennorragique double, 373.
MALADIES infectieuses de l'œil. Sérothérapie, 602.
ŒIL artificiel, 817.
OPHTALMIE purulente des nouveaux-nés. Prophylaxie, 98.
PAUPIÈRES. (Epithéliomas des). Radiothérapie, 317.
POMMADE jaune. Valeur thérapeutique, 637.
PRATIQUE ophtalmologique. Emploi de la stovaïne, 27.
SPASME de l'accommodation. Traitement par la cocaïne, 26.
SUPPURATIONS oculaires. Sérothérapie, 26.
SYMBLÉPHARON total par le lambeau à pédicule et la prothèse. Succès opératoires, 603.
THÉRAPEUTIQUE oculaire. (Formiate de soude en), 100.
TRACHOME à la période granuleuse. (Radiumthérapie du), 318. — (Clinique thérapeutique du), 636.
TRAUMATISMES du globe. Tarsorraphie, 636.

Maladies vénériennes, maladies de la peau

ACCIDENTS syphilitiques graves survenus au cours d'un traitement intensif, 771.
ACNÉ mentionnière chez la femme. Traitement, 27. — Nouvelle méthode de traitement, 172.
AFFECTIONS prurigineuses de la peau. Radiothérapie, 242.
ANÉVRISME syphilitique de l'aorte. Traitement, 747.
ARTHROPATHIES blennorrhagiques. Traitement, 638.
BLENNORRHAGIE chronique. Traitement par le nitrate d'argent et le cathéter de zinc, 604. — Traitement par les courants de haute fréquence, 604.

BRÛLURES. Traitement, 819. — Traitement hydrique, 640.
BUBONS suppurés. Traitement, 638.
CALOMEL hypodermique, 709.
CALVITIE. Prophylaxie et traitement, 498.
CHÉLOIDES. Traitement par l'effluve de haute fréquence, 638. — 711. — Traitement par la lumière et le radium, 639.
DERMATOSES. (Cure thermale des), 533. — prurigineuses. Traitement par la radiothérapie, 605. — 787.
ECZÉMA. Traitement, 206. — érythémateux. Traitement, 747.
ENGELURES. Traitement, 133.
EPITHÉLIOMAS cutanés et radiothérapie, 208. — de la face. Effet nocif de la radiumthérapie, 710. — de la peau. Dangers de la radiothérapie, 172. — traités par les rayons X, 351.
ERUPTIONS bromiques et iodiques. (Conditions qui influent sur les), 207.
FIBROLYSINE. (Traitement par la), 712.
FURONCLES et anthrax. Traitement par les courants de Morton et l'électrolyse, 350. — Traitement abortif, 676.
GOMME syphilitique rebelle au traitement mercuriel guérie par la radiothérapie, 132. — traitées par la levurargyre, 351.
HÉMATODERMITE scarlatiniforme guérie par l'usage de la moelle osseuse, 710.
HYPERIDROSE et bromidrose axillaires, 533.
HYPERTRICHOSE. Traitement, 787. — Traitement radiothérapique, 639.
INFLAMMATIONS cutanées. Traitement par les bains chauds, 318.
JAMBE. Plaies contuses et méthode de Bier, 498.
LÈPRE. Pathologie et traitement, 818.
LEUCOPLASIE buccale, 640.
LICHEN ruber plan. Traitement, 710.
LUPUS. (Caustiques chimiques dans le traitement du), 533. — érythémateux de la face. Radiographie, 208. — érythémateux. Traitement pratique, 133. — Traitement par la photothérapie, 604. — traité par la radiothérapie ou la haute fréquence, 711. — vulgaire. Traitement combiné par la résorcine et les rayons Rœntgen, 711.
NÉOPLASIES malignes superficielles. Radiothérapie, 639.
NŒVO carcimone traité par la radiothérapie, 497.
NŒVUS vasculaire guéri par le collodion élastique, 675.
PARAPLÉGIES syphilitiques. Traitement, 319.
PEAU. (Affections de la) et organes génitaux. Traitement par stase ou par ventouses, 350. — Emploi des rayons X dans le traitement de certaines maladies de la —, 209. — Préparation d'iode applicable par la peau, 28.
PELADE. Guérison par l'électricité statique, 421. — Traitement par les courants de haute fréquence, 171.
PRATIQUE dermatologique. Le thigénol, 351.
PRURITS. Traitement, 496.
PSORIASIS. (Bain photo-électrique dans les diverses formes de), 207. — (Héliothérapie du), 351. — Traitement, 64. — 318.
RADIUMTHÉRAPIE. Résultats obtenus, 243.
RAYONS de Rœntgen dans les affections cutanées chez l'homme, 133.
RONTGENTHÉRAPIE, 421.
SÉBORRHÉE du cuir chevelu. Traitement, 171.
SYPHILIS. Cure continue, 746. — Emploi de l'hermophénil, 278. — Hygiène et traitement local, 603. — Injections de biiodure de mer-
traitement, 460. — Traitement, 637. — 802. — 819. — Traitement intensif, 637. — Traitement abortif par la méthode intensive, 459. — Traitement mercuriel précoce, 65. — Traitement par les injections. Association du mercure et de l'arsenic, 460. — Traitement par les injections hypodermiques de mercure, 421. — Traitement par les injections intra-musculaires de bi-bromure de mercure, 278. — Traitement par les injections mercurielles, 319. — Traitement par les sels d'argent, 787. — secondaire tardive, 145.
cure, 172. — Injections mercurielles dans le
TRAITEMENT hydrargyrique, 638. — de Finsen à la chimique dermatologique de Berne, 675.
ULCÈRES de jambe. Traitement, 134. — Traitement par l'iodure de calcium, 605. — chroniques. Traitement, 711. — variqueux de la jambe. Traitement chirurgical, 461. — vénériens. Traitement par la chaleur, 27. — atones. (Le sous-carbonate de fer comme topique des), 65.
ULCUS rodens. Emploi du radium, 421.
VOIE rectale pour l'administration du mercure, 243.

Maladies des voies urinaires

ACIDE urique de l'urine. (Influence des fruits sur la précipitation de l'), 279.
AFFECTIONS rénales. Choix de l'intervention, 246.
ALBUMINURIES néphrétiques. Traitement médicamenteux, 30. — prostatique, 424.
ANURIE. Traitement, 714. — calculeuse, 321.
BACTÉRIURIE, 28.
BASSINETS. (Lavage des), 424.
BLENNORRHAGIE aiguë de l'homme. Injections, 422. — aiguë. Traitement abortif, 29. — chez la femme. Applications du bleu de méthylène, 714. — chronique de l'urètre de l'homme, 243. — Emploi du gonosan, 442. — Maladie sociale, 788. — Mode d'action des balsamiques, 712. — qui tue, 320. — Traitement abortif, 135. — Traitement abortif par les injections de sublimé. Dangers, 461. — Traitement externe par l'arbovine, 676.
BLENNORRHÉE. Traitement par l'insufflation d'ozone, 103.
BOROVERTINE, désinfectant urinaire nouveau, 856.
CALCULS mobiles du rein et de l'uretère, 425. — vésicaux en Egypte, 607.
CALCULOSE et tailles périnéale et gastrique, 321.
CYSTITE blennorrhagique. Traitement, 677. — calculeuses. Conduite à tenir, 279. — fausses chez la femme, 320. — Traitement, 423. — Traitement par l'alcool, 857. — tuberculeuses. Acide pyrogallique, 209.
DÉSINFECTION des voies urinaires, 210.
DYSURIE prostatique. Prostatectomie, 568.
EAU salée en chirurgie urinaire, 464.
ECTOPIE testiculaire. Complications, 788.
EOSINOPHILIE locale des reins, 353.
EPIDIDYMITE blennorrhagique. (Massage dans les résidus de l'), 569. — blennorrhagique. Traitement, 422. — blennorrhagique. Traitement par l'épididymotomie, 606. — Traitement par la méthode de Gier, 499.
FONCTION rénale. (Action de l'anesthésie chloroformique sur la), 353.
GOUTTE miliaire. Traitement par le dynamo-injecteur, 856.

HÉMATURIE, 279. — d'origine rénale. Traitement, 354. — gravidiques d'origine vésicale, 748. — paludéenne. (Quinine dans l'), 392. — rénale consécutive à une diphtérie, 464.
HÉMORRAGIES. (Enucléation de la prostate dans les), 136.
HYDROCÈLE. Cure radicale ambulatoire, 790.
HYDRONÉPHROSE intermittente. (Néphrectomie pour), 211. — intermittente partielle, 534.
HYPOSPADIAS. Traitement, 67.
INCONTINENCE d'urine. Méthode de Cathelin, 279. — nocturne d'urine. Traitement, 245. — 352 et 353.
INFECTION amœbienne de la vessie sans fistule recto-vésicale, 462.
INFILTRATION d'urine due à un phimosis, 28.
INSUFFISANCE rénale. Traitement, 641.
LITHIASE rénale chez les tuberculeux suralimentés, 641. — rénale et colique néphrétique, 463.
LYMPHANGITE pénienne gonococcique, 174.
MICTION nocturne involontaire dûe à l'hyperacidité urinaire, 423.
MUQUEUSE de la vessie. (Prolapsus de la) à travers l'urètre chez la femme, 676.
NÉO-URÉTÉRO-CYSTOSTOMIE par la voie vaginale, 606.
NÉPHRITE. Traitement, 355. — Traitement chirurgical, 714. — bilatérales consécutives à des lésions traumatiques, 641. — chronique. Traitement, 355. — chroniques douloureuses, 713. — hématurique traitée avec succès par la décapsulation, 641. — lithiasique polykystique. Anurie. Décapsulation, 356. — parenchymateuse chronique. Traitement, 31. — scarlatineuse. (Helmitol dans la), 356. — scarlatineuse. Traitement préventif, 356.
NÉPHROPEXIE. Considérations cliniques, 354. — Nouveau procédé, 136. — Technique, 425.
NÉVRALGIES vésicales. Traitement électrique, 391.
PÉRICYSTITE suppurée avec tumeur péricystite, 371.
PROSTATE. (Abcès métastasique de la), 749. — Cancer, 857. — (Electricité dans les maladies de la), 535. — (Hypertrophie de la). Traitement, 351. — (Hypertrophie de la). Traitement non opératoire, 280. — Hypertrophie. Traitement par les rayons X, 606. — (Syphilis de la), 749.
PROSTATECTOMIE, 568. — Indications, 211. — par le procédé de Freyer, 280. — périnéale conservatrice, 29. — Quand, comment et pourquoi la conseiller, 857. — transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre, 568. — transvésicale. (Suites de la), 750. (Utilité de la), 536.
PROSTATIQUES. Traitement, 713.
PROSTATISME et diabète, 322.
PROSTATITE chronique, 281. — chronique cystoparétique. Traitement, 749. — et sécrétion prostatique, 174.
PYÉLITE dans la grossesse, 174. — Traitement par les lavages du bassinet, 498.
PYÉLONÉPHRITE de la grossesse, 246.
PYÉLO-NÉPHRITE grippale, 464.
PYURIE, 210.
REIN. (Abcès du), 534. — (Fixation du), 137. — (Grands kystes hématiques simples du), 640. — Hypernéphrome, 104. — (Influence du mercure sur les), 641. — (Maladies des). Traitement médical, 392. — (Tuberculose du). Traitement chirurgical, 138.
RÉTENTION aiguë chez les rétrécis, 173. — d'urine chroniques, 245. — d'urine guérie par la prostatectomie périnéale, 136.
RÉTRÉCISSEMENTS de l'urèthre postérieur, 643. — urétraux. Diagnostic, 461. — urétraux. (Electrolyse linéaire dans les), 536.
RHUMATISME blennorrhagique. Traitement, 793 et 825. — blennorrhagique. Traitement par la vésiculectomie, 68.
SAIGNEMENTS et hémorrhagies des prostatiques, 713.
SPERMATO-CYSTITE consécutive à une injection de sublimé, 536.
SUPPURATIONS chroniques prostatiques et périprostatiques, 462. — périphérique. (Abcès rénaux consécutifs à de petits foyers de), 105.
SUTURE urétéro-urétérale par invagination, 858.
SYNDROME urique, 103.
TEINTURE d'iode et les gonocoques, 676.
TESTICULE tuberculeux guéri par les effluves de haute fréquence, 391. — (Tuberculose du). Traitement, 30.
TROUBLES prostatiques. Opération destinée à détruire le plancher pelvien contre les —, 322.
TUBERCULOSE rénale. Diagnostic et traitement, 463. — rénale. Traitement par le gaïacol, 175. — vésicale. Curabilité, 821. — urétrale. Symptôme et traitement, 566.
TUMEURS vésicales. Traitement chirurgical, 678.
ULCÉRATIONS blennorrhagiques, 67.
URETÈRE. (Calculs de l'), 209. — (Implantation vésicale de l'), 68. — Libération externe, 68.
URÉTÉRO-HÉTÉROPLASTIE, 68.
URÉTÉROCYSTOSTOMIE, 535.
URÉTÉRO-NÉOCYSTOSTOMIE avec un bouton de magnésium, 425.
URÉTÉRO-RECTOSTOMIE, 790.
URÈTRE. Autoplasties par mobilisation, 567. — Corps étrangers ou calculs. Procédé d'extraction, 104. — (Injection d'adrénaline dans l'). Accidents consécutifs, 244. — (Lavages de l'). Technique physiologique, 820. — (Pertes de substance de l'). Préparation, 820. — prostatique. (Calculs de l'), 536. — Rétrécissement congénital chez l'homme, 173. — Rétrécissements. Dilatation élastique, 104. — Dilatation électrolytique, 29.
URÉTRITES à entérocoques, 244. — (Alumnol dans le traitement des), 211. — Traitement par la méthode de Bier, 747. — blennorrhagique. (Iodure d'argent contre l'), 320. — chronique antérieure. Traitement des états consécutifs, 66. — chronique rebelle. Modes de traitement, 747. — compliquée de lésions profondes. Traitement, 642. — staphylococcique par coït « ab ore », 66.
URINES troubles et fausses cystites, 244.
UROTROPINE. (Intolérances de l'), 856.
VARICOCÈLE. Opération par la méthode de Durante, 643. — Traitement chirurgical par la méthode de Kohler, 750.
VÉSICULITE séminale subaiguë ou chronique, 678.
VESSIE. Corps étranger, 104. — (Diverticule de la), 499. — et urèthre. Anesthésie locale, sus-pubienne. Dangers, 29. — 174. — Rup- 135. — Extirpation totale, 321. — Ponction ture, 174. — Rupture traitée sans suture, 567. — Ruptures traumatiques, 606. — Tumeur à implantation urétrale, 535. — Tumeur intra-pariétale, d'origine inflammatoire, 607. — Tumeurs. Traitement, 136. — Tumeur maligne. Opération radicale, 678.

VOIES urinaires. Emploi de l'oxycyanure de mercure, 210.

Obstétrique et Gynécologie

AFFECTIONS utéro-annexielles. Valeur du massage gynécologique, 822.
ANESTHÉSIE médullaire associée aux injections de morphine scopolamine dans les opérations gynécologiques, 715.
BLENNORRAGIE féminine, 821.
COL. Lésions papillaires. Traitement, 138.
DYSMÉNORRHÉE. Traitement, 679.
ECLAMPSIE. (Calomel dans le traitement de l'), 425. — Décapsulation rénale et néphrotomie dans un cas d'éclampsie, 426.
EXPLORATION gynécologique bimanuelle, 282.
EXPULSIONS en position occipito-sacrée, 282.
FIBROMES. (Radiothérapie des), 397.
FIÈVRE puerpérale. Traitement par le collargol, 679.
FISTULES vésico-vaginales. (Méat hypogastrique et épisiorraphie dans certains cas de), 281.
GREFFE ovarienne hétéroplastique, 751.
GYNÉCOLOGIE. (Chlorure de calcium en), 572. — (Le thigénol en), 393.
HÉMATURIE grave pendant la grossesse, 138.
HYDROCÉPHALIE fœtale come cause de dystocie, 500.
HYSTÉRECTOMIE vaginale. Faut-il fermer le péritoine après ? 212.
LAIT de femme Modifications chimiques sous l'influence de l'extrait de graines de cotonnier, 393 et 499.
MYOMES utérins. Hémorragies intrapéritonéales dans les —, 212. — utérins. Traitements, 212.
OVAIRE. (Kystes de l'), 282.
PÉRISIGMOIDITE d'origine ovarienne, 281.
PROLAPSUS génitaux. Traitement, 750.
SALPINGITES. Traitement, 68.
SALPINGO-OVARITES. Traitement, 764.
SEPTICÉMIE puerpérale grave, 194.
STÉRILITÉ chez la femme. Causes et traitement, 464.
TUBERCULOSE des voies urinaires chez la femme. Traitement, 571.
UTÉRUS. (Action de l'aspirine sur l'), 572. — Lésions opératoires. Hystéropexie abdominale conservatrice, 751. — Col. Cancer traité par la radiothérapie, 69. — gravide. Rupture. Traitement, 465.
VAGIN. Extirpation totale, 465.
VOMISSEMENTS incœrcibles de la grossesse. Jéjunostomie, 571.

Pédiatrie

ADÉNITES de la joue chez les enfants. Traitement, 753.
ALIMENTATION dans l'enfance, 716.
AMYGDALE pharyngée. Affections aiguës chez les jeunes enfants, 283.
BABEURRE alcalinisé chez le nourrisson, 175.
BOUILLIES diastasées. Emploi, 500.
BRONCHITE chez les enfants. Traitement, 32.
CALCIURIE chez l'enfant, 176.
CALCULS de la vessie chez l'enfant, 249.
COLITE membraneuse chronique dans l'enfance, 106.
CONSTIPATION chronique des nourrissons. Lavements d'huile, 247. — habituelle des enfants. Traitement, 427.
COQUELUCHE. (Convulsions dans la), 428. — Lesic dans le traitement de la), 357. — Traitement par l'arsenic, 716. — Traitement par le chloroforme, 716.
CROUP. Traitement opératoire, 140.
CYSTOTOMIE sus-pubienne chez les jeunes enfants, 823.
DIARRHÉE estivale chez les enfants. Traitement, 643.
DILATATION bronchique dans l'enfance, 105.
DIPHTÉRIE. (Sérothérapie de la), 139. — Traitement actuel, 139.
EAU de mer par voie hypodermique dans la thérapeutique infantile, 429.
FIÈVRE d'alimentation chez les enfants. Traitement, 175.
FONCTION respiratoire chez l'enfant et l'adolescent, 375. — (Education de la), 336.
FURONCULOSE des nourrissons. Traitement par la ventouse de Bier-Klapp, 608.
GASTRO-ENTÉRITE chez l'enfant. Traitement par la levure de bière, 644. — (Régime diététique des nourrissons dans la), 426.
GASTRO-INTESTINALES. Affections des enfants. Eau oxygénée, 32.
HÉMATURIES infantiles. Formes bénignes, 822.
HERNIES épigastriques chez l'enfant, 752.
HYDROCÉPHALIE. Pronostic, 608.
INCONTINENCE d'urine des enfants. Causes, 32.
INFECTION. (Importance de l') pour le nouveau-né et le nourrisson, 247.
INJECTIONS d'eau de mer isotonique dans la thérapeutique infantile, 105.
INVAGINATION intestinale chez les enfants. Laparotomie, 140.
MALADIES broncho-pulmonaires aiguës des nourrissons. Bain chaud, 428.
MÉNINGITE tuberculeuse des enfants. Ponction lombaire, 429.
NOURRISSONS dyspeptiques. Régime, 247. — 500.
OCCLUSION intestinale chez l'enfant, 752.
OLIGOSIDÉRÉMIE des jeunes enfants, 822.
PARALYSIE infantile. Traitement par l'électricité, 176. — spinale de l'enfance. Traitement, 570.
PLEURÉSIE. (Moment où on peut considérer comme guéri un enfant atteint de), 751.
PONCTION lombaire chez l'enfant, 176.
PROLAPSUS rectal des enfants. Traitement par la paragangline Vassale, 32.
PSEUDO-URÉMIE de l'enfance, 248.
PYLOROSPASME chez l'enfant, 752.
RHUMATISME chez les enfants, 752. — chez l'enfant. Prophylaxie et traitement, 247 et 248.
SCORBUT infantile. Traitement, 607 — dû au lait stérilisé, 822.
SCROFULEUSES. Affections. Emploi de l'iodipine à 10 p. 100, 33.
SURALIMENTATION des enfants en bas âge, 247.
TROUBLES digestifs aigus du nourrisson. Traitement, 31.
TUBERCULOSE du péritoine chez l'enfant. Traitement, 283.
URÈTRE. (Ruptures de l') chez l'enfant, 569.
VOMISSEMENTS acétonémiques chez un enfant. Pathogénie et traitement, 357.

Pharmacologie

ACÉTONE. (Action de l'alcool sur l'élimination de l'), 358.
ACIDE chlorhydrique, 829. — formique. Emploi, 33. — osmique en injections dans la

névralgie, 239. — pyrogallique dans le traitement des cystites tuberculeuses, 209.
ADRÉNALINE à l'intérieur. Emploi, 357. — dans la cavité péritonéale, 489. — Injection intra-séreuse dans le traitement de l'épanchement pleural, 345.
AIMANT à pôle intérieur, 646.
ALBUMINES iodées et en particulier l'iodo-maïzine, 13.
ALCOOL à l'extérieur en cas de processus inflammatoires, 681. — sucre et caféine. Influence sur le travail musculaire, 177.
ALUMNOL dans le traitement des urétrites, 211.
ALYPINE, 155. — comme anesthésique local, 502. — comme anesthésique local en chirurgie oculaire, 131. — comme anesthésique oculaire, 297. — Nouvel anesthésique local, 135.
ANESTHÉSIE locale, 537.
APIOLINE. Emploi, 680.
ARGYROL. (Prophylaxie des conjonctivites chez les nouveau-nés par l'), 99.
ARHOVINE, 644. — dans le traitement externe de la blennorrhagie, 676.
ARISTOL dans la stomatite ulcéro-membraneuse, 86.
ARSENIC. Accoutumance, 501.
ASPIRINE. Action sur l'utérus, 572. — dans le traitement de la chorée de Sydenham, 313.
ATROPINE dans le traitement du morphinisme, 530.
BAIN carbo-gazeux artificiel. Technique, 501. — hydro-électrique à courant sinusoïdal. Action, 337.
BENZOATE de lithine et iodure de potassium en collyres, 466.
BIIODURE additionné de subcutine. (Injections de), 13.
BROMURE d'ammonium. Action, 34. — de methylatropine, 285.
CACODYLATE de gaïacol, 51.
CHLORAL, 249. — Effets cardiovasculaires, 60.
CHLOROFORME. Evaporation, 51.
CHLORURE de barium. Action sur le cœur, 311. — de calcium en gynécologie, 572. — de calcium. (Epistaxis et), 131. — d'éthyle comme anesthésique général, 249.
COCAÏNE dans le traitement du spasme de l'accommodation, 26.
COLLARGOL. Action antimicrobienne, 717. — contre le bromisme, 213. — dans le traitement des accidents septiques, 484. — dans le traitement de la fièvre puerpérale, 679. — en injections intra-veineuses dans le traitement des arthrites aiguës, 592.
COURANTS de haute fréquence. Action physiologique et thérapeutique, 646.
DIGALÈNE, 141. — 791. — (la), 802. — Etude pharmacologique, 721. — Son action, 430.
DIGITALE. Emploi dans les lésions cardiaques, 95. — et digitaline, 838.
DIGITALINE dans l'angine de poitrine, 491. — dans le pouls lent permanent, 490.
DORMIOL. Effets cardiovasculaires, 60.
EAUX de Termini Imerese, 194.
ELECTROLYSE des tissus vivants, 754.
EMPLATRES belladonés. (Empoisonnement par les), 357.
ENÉSOL, 573.
FER VÉGÉTAL. Etude, 608.
FIBROLYSINE. Traitement des affections gynécologiques par la —, 138.
FORMIATE de cocaïne, 85. — de soude en thérapeutique oculaire, 100.
GÉLATINE. (Capsules de) albuminées, 141.
GLYCOGÈNE dans le traitement des maladies infectieuses, 413.
GONOSAN. Remède interne contre la blennorrhagie, 442.
GRAISSE de mouton comme constituant pour pilules ne devant pas agir dans l'estomac, 681.
HÉDONAL. Effets cardiovasculaires, 60.
HÉLIOTHÉRAPIE, 466.
HELMITOL dans la néphrite scarlatineuse, 356.
HÉMOPLASE, 51.
HÉMOSTATIQUE externe nouveau, 141.
HERMOPHÉNIL dans la syphilis, 278.
HYGIÈNE et traitement des maladies. Automobilisme au point de vue, 729.
ICHTYOL dans le traitement de l'œdème angio-neurotique, 347.
INJECTIONS hypodermiques de bichlorhydrate de quinine, 375. — isotoniques d'eau de mer, 155.
IODE et iodiques, 429. — Moyen propre à empêcher les altérations de la teinture, 33. — Solution chloroformique à 1/10, 13.
IODIPINE à 10 p. 100 dans les affections scrofuleuses, 33. — Effets antitoxiques de l' — dans les affections aiguës, 34.
IODIQUES. Action sur la circulation, 1.
IODOCATÉCHINE ou néosiode, 447.
IONS médicamenteux, 717.
IOTHION, 177. — en otologie, 675. — préparation d'iode applicable par la peau, 28.
ISOFORME. Emploi pratique, 680.
ISOPRAL, 34. — 141. — Effets cardiovasculaires, 60.
KOLA. Extrait aqueux, 227.
LÉCITHINES et lait, 69.
LIPOME. Traitement par les rayons Rœntgen, 285.
LUMIÈRE de mercure. (Traitement par la), 754.
MARÉTINE. Action sur la fièvre des phtisiques, 203.
MÉDICAMENTS. Administration nocturne, 51.
MÉTHODE oxygénée. Action, technique et indications, 859.
NOIX de kola fraîche, 754.
NOVOCAÏNE. Action pharmacodynamique, 734. — en chirurgie, 799. — en gynécologie, 735.
OPIUM dans la myocardite, l'affaiblissement et la dilatation du cœur, 97.
OXYCYANURE de mercure dans les voies urinaires, 210.
OXYDASES et métaux en solution colloïdale. Emploi thérapeutique, 680.
OZONE. (Traitement de la blennorrhée par l'insufflation d'), 103.
PARAFFINE. Ce qu'elle devient dans le corps humain, 70. — (Dépôts de) dans les tissus vivants, 142.
PARAGANGLINE Vassale dans le traitement du proprolapsus rectal des enfants, 32.
PHOSPHORE. Action sur la circulation, 120.
POMMADE au précipité jaune, 85.
PRODUITS végétaux frais. Action médicamenteuse, 194.
PROPONAL. Expériences cliniques, 791. — hypnotique nouveau, 213.
PROTARGOL dans le traitement de la conjonctivite gonococcique, 603.
PROTYLINE. Action sur l'élimination du phosphore chez l'homme, 609.
PURGATIFS modernes, 286. — salins, 858.
PYOCTANINE dans l'otite moyenne purulente chronique, 64.
QUINQUINAS. Etude thérapeutique, 466.

RADIATIONS émises par les corps radio-actifs et leurs émanations, 289.
RADIOTHÉRAPIE dans quelques maladies, 537. — Indications, 284.
RADIUM au point de vue physiologique et thérapeutique, 645. — 717. — Mode d'action dans la conjonctivite granuleuse, 115. — Mode d'action et d'application, 284.
RÉÉDUCATION physique, 73.
RÉGIME végétarien, 572.
SAÏODINE, préparation d'iode, 609. — Résultats pratiques, 430.
SALICINE dans le traitement du rhumatisme aigu, 230.
SALICYLARSINATE de mercure. (Etude clinique du), 790.
SELS d'argent alcoolisés. Action thérapeutique, 213. — de magnésium. Propriétés inhibitrices et anesthésiantes, 106. — de strontium. Action sur la coagulabilité du sang, 599. — hydrargyriques solubles. Injections indolores, 790.
SÉRUM marin, 228. — marin de Quinton, 119.
STOVAÏNE, 107. — dans la pratique ophtalmologique, 27. — Etude clinique, 214.
STROPHANTINE en injections intra-veineuses, 632
STRYCHNINE dans le traitement du diabète insipide, 521.
THÉ en infusion. Action, 70.
THÉOBROMINE lithique ou théobromose, 227.
THÉRAPEUTIQUE locale dans les maladies infectieuses, 325.
THERMOCAUTÈRE nouveau, 227.
THIGÉNOL dans la pratique dermatologique, 351. — en gynécologie, 393.
THIOSINAMINE dans les rétrécissements cicatriciels, 523. — en injections dans la maladie de Dupuytren chez les diabétiques, 125.
TUBERCULINES, poison tuberculeux cristallisé, 609.
UROTROPINE. (Accidents consécutifs à l'administration d'), 286.
VALYL en cas de bourdonnements d'oreilles, 131.
VASOGÈNE au mercure, 646.
VÉRONAL en thérapeutique, 734. — (Posologie du), 771.
VÉSIPYRINE (La), 214.
ZIMPHÈNE. Propriétés thérapeutiques, 735.

Variétes et Nouvelles

ACTES officiels, 502.
ALCOOLISME et ses dangers, 286.
ASILE publics d'aliénés. (Décret relatif au recrutement des médecins-adjoints d'), 611.
ASSISTANCE publique. Conseil supérieur, 682.
BIBLIOTHÈQUE du Pr Charcot. Don, 35.
CANCER. (Lutte contre le), 823.
CHAIRE nouvelle à la Faculté de Médecine, 35.
CLINIQUE chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie, 358. — des maladies des enfants, 178. — médicale de l'hôpital Laënnec, 610. — nationale des Quinze-Vingts, 143. — ophtalmologique, 287. — 792. — thérapeutique, 181. — 792.
CONCOURS de clinicat, 503.
CONFÉRENCES d'anatomie, 179. — d'anatomie pathologique, 178. — d'histoire naturelle médicale, 178. — de médecine légale, 179. — de pathologie externe, 179. — de pharmacologie, 179. — de thérapeutique, 179.
CONGRÈS de l'Association internationale de la Presse médicale, 250. — de Lille, 431. — de Lisbonne, 322. — des médecins aliénistes et neurologistes de France, 467. — international pour l'assainissement et la salubrité de l'habitation, 574. — international d'électrologie, et de radiographie médicales, 538. — international de médecine, 71. — international de médecine de 1909, 323. — national d'hygiène et de salubrité publique à Marseille, 647. — périodique de gynécologie, obstétrique et pédiatrie, 860. — pour la répression de l'exercice illégal de la médecine, 359.
COURS de chimie médicale, 178. — de Mme Curie à la Sorbonne, 719. — complémentaire d'accouchement, 179.
CROISIÈRE de médecins français, 214.
DÉSINFECTION. (Organisation des services de), 791. — (Services de). Organisation, 682.
DISTINCTION honorifique, 71. — 142. — 251.
DOCTEURS de l'Université de Paris. Insignes, 214.
ENFANTS malades, 142. — 359.
ENSEIGNEMENT supérieur libre, 539. — 648.
ETABLISSEMENTS insalubres, 824.
EXERCICES opératoires, 214.
FACULTÉ, 107. — 682. — de Médecine, 755. — 823.
FONDATION ophtalmologique Adolphe de Rothschild, 142.
HOPITAL Beaujon. Reconstruction, 859. — de la Charité, 142. — Cochin, 107. — Cochin-annexe, 142. — des Enfants-Malades, 756. — Laënnec, 142. — 575. — Clinique médicale, 792. — Lariboisière, 358. — 791. — 859. — de la Pitié, 35. — 358. — Saint-Antoine, 351. — 430. — Saint-Louis, 142. — 358. — 756.
HOPITAUX, 143. — (Chronique des), 71.
HOTEL-DIEU, 142. — Clinique médicale, 823.
INFIRMERIE spéciale de Saint-Lazare, 71.
INFORTUNES du corps médical. Loterie en faveur, 824.
LÉGION d'honneur, 251.
MÉDAILLE au Professeur Brouardel, 394. — d'honneur des épidémies, 683. — du Pr Albert Robin. (Remise de la), 215.
MÉDECINS de réserve et de l'armée territoriale. Union fédérative, 431. — de réserve et de l'armée territoriale. (Union des), 503. — des sanatoriums français. (Société des), 503.
MÉDECINE coloniale. (Institut de), 718. — militaire française. (Société de), 682. — opératoire spéciale, 286.
MUSÉUM d'histoire naturelle, 393.
NÉCROLOGIE, 35. — 71. — 143. — 431. — 792.
NOMINATIONS, 538.
PATHOLOGIE expérimentale et comparée, 792.
PAVILLON d'isolement du Val-de-Grâce, 823.
PHOTOGRAPHIE des couleurs, 648.
PRESSE médicale. Association internationale, 359.
SALPÊTRIÈRE. Clinique des maladies nerveuses, 430. — (Hospice de la), 35.
SANATORIUM d'instituteurs. Inauguration, 719.
SÉNAT. Election de M. Lannelongue, 71.
SERVIETTE des garçons de café, 504.
SOCIÉTÉ des amis de l'Université de Paris, 107. — de chirurgie, 107. — de Médecine et de Chirurgie pratiques, 107. — médicale des hôpitaux, 107.
SYSTÈME nerveux. (Clinique des maladies du), 718.
VERRES jaunes en ophtalmologie, 287.
VOYAGE scientifique, 394. — d'études médicales aux stations hydrominérales de France, 393.

Bibliographies

ACCOUCHEMENTS. (Valeur du dosage de l'hémoglobine dans la pratique des), 540.
ACCOUCHEUR et sage-femme. Guide pratique, 36.
ALIMENTS usuels, 860.
ANKYLOSTOMIE. Mines de houille rendues réfractaires à l' — par des eaux salées de filtration, 180.
ATAXIE tabétique, 792.
BALNÉATION carbo-gazeuse chez les malades hypertendus et les insuffisants du cœur, 683.
BIBLIOTHÈQUE du doctorat en médecine, 251.
CASIER sanitaire des maisons, 108.
CHIMIE physique. (Précis de), 504.
CHIRURGIE enseignée par la stéréoscopie, 860. — infantile. (Précis de), 144.
CLINIQUE thérapeutique.. Traité élémentaire, 36.
CONSULTATIONS médicales, 180.
COPROLOGIE clinique, 540.
DÉCHLORURATION. (Cure de), 468.
DISSECTION. (Précis de), 288.
ELECTROTHÉRAPIE et électrodiagnostic. Manuel, 108.
FERMENTATIONS industrielles. (Action diastasique dans les), 756.
FORMULAIRE magistral nouveau, 468.
GASTRO-ENTÉRITE des nourrissons, 720.
GROSSESSE. Diagnostic, 179.
HÉMOPTYSIE tuberculeuse. Thérapeutique préventive, 72.
HYGIÈNE et salubrité. Annuaire général, 360.
HYPERTROPHIE prostatique. Traitement par la prostatectomie, 144.
HYSTÉRECTOMIE. Technique et indications, 432.
INFECTION et immunité. Conditions microbiennes, 287.
INFIRMIÈRE. (Livre de l'), 288.
INJECTION trachéale simplifiée, 323.
LACTOSURIE, 144.
LECTURE et écriture. Physiologie, 72.
LEUCÉMIE myéloïde, 720.
LUTTE antituberculeuse en France, 359. — 432. — pour la santé, 539.
MÉDECIN auxiliaire et médecin de réserve. Manuel du candidat, 324.
MÉDECINE légale. (Précis de), 215.
MÉDICATION iodique, 683.
MÉLANCOLIE, 576.
MÉTROPOLITAINS souterrains. (Hygiène des), 719.
OTITE moyenne purulente et son traitement, 252.
PÉRIL vénérien, 252.
POIGNET et accidents du travail, 360.
PRATIQUE médico chirurgicale, 824.
PUBERTÉ chez la femme, 288.
RADIOSCOPIE. Radiographie. Radiothérapie, 684.
REINS et capsules surrénales. (Manuel des maladies des), 216. — 576. — mobile, 684.
RESPONSABILITÉ. Etude de socio-biologie et de médecine légale, 35.
SELS d'argent en thérapeutique oculaire, 395.
TRANSMISSION de pensée, 143.
TUBERCULOSE. Diagnostic par les nouveaux procédés de laboratoire, 323. — pulmonaire, neurasthénie, suites de surmenage, anémie, faiblesse constitutionnelle. Cure marine, 540.
TUMEURS blanches. Technique du traitement, 612.
VAISSEAUX sanguins des organes génito-urinaires du périnée et du pelvis, 432.
VÉGÉTATIONS adénoïdes. Diagnostic et traitement, 324.
VINS et spiritueux. Vieillissement artificiel, 684.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

1906

A

Abadie, 774, 784, 785.
Abelin, 36.
Abraham, 318.
Achard, 576.
Adam, 124.
Adler, 306.
Aguila Jardau, 32.
Albarran, 68, 425.
Albert-Weil, 108, 337, 491, 787.
Albu, 489.
Aldor, 671.
Alexandre, 206.
Allian Jamieson, 206.
Allis, 450.
Amand Bouth, 679.
Alt, 448.
Ameuille, 772.
Amory Hare, 599.
Anders, 167.
André, 498, 536.
Andrews, 322.
Antipas, 777.
Arbow Stephens, 605.
Arbuthmot Lane, 159.
Ardack, 94.
Argent (d'). 348.
Armstrong, 806.
Arnsperger, 89.
Arquembourg, 232.
Artault-de-Vevey, 253.
Asahara, 741.
Asbeck, 809.
Asch, 461.
Ashton, 484.
Ashton Berg, 678.
Assfalg, 754.
Atkinson Stoney, 163.
Aubertin, 409, 717.
Audry, 234, 243.
Auvray, 739.
Axenfeld, 602.
Babinski, 494.
Babou, 414.
Bach, 377.
Baillet, 669.
Baker Young, 266.
Baldassari, 425.
Ballenger, 424.
Balthazard, 289.
Balzer, 604.

B

Barbarin, 742.
Barbary, 72.
Bardenhener, 601.
Barber, 673.
Bardes, 205.
Bardet, 85, 227, 301.
Barjon, 285, 564.
Barlerin, 393, 499.
Barr, 129.
Barrany, 214.
Barret, 638, 711.
Bartrina, 210.
Bataille, 232.
Battisti, 33.
Batut, 172.
Baudran, 609.
Bauke, 419.
Baumgartner, 288.
Bayeux, 140.
Baylac, 19.
Bayrac, 357.
Bazet, 606.
Bazy, 172, 211, 534.
Bela Schick, 52.
Belbèze, 634.
Becker, 636.
Belot, 284, 537, 605, 787.
Benjamin, 703.
Bennett, 783.
Benoit (Auguste), 37.
Berg, 135.
Berger, 776, 807, 844.
Bergonié, 20.
Berliner, 675.
Bernabéi, 841.
Berne, 161, 550.
Bernex, 241.
Berthomiex, 739.
Bestelmeyer, 305.
Beyrand, 533.
Bichaton, 241.
Bienfait, 343.
Binet, 345, 390, 475 et 505.
Binnie, 310.
Bircher, 594.
Bissérié, 284, 317, 639.
Bishop, 306.
Blackader, 752.
Bianchard, 455.
Blaschko, 243.
Blondel, 735, 799.
Blumenkranz, 355.
Bodim, 287.
Bœckelmann, 484.
Boeumler, 418.
Bogdanik, 88.
Boikov, 710.
Boisson, 249.
Boissonnas, 458.
Bolognesi, 100, 194.
Bolton Bangs, 568.
Bonel, 522.
Bonnaire, 179.
Bonnefoy, 391.
Bordier, 639.
Bornhaupt, 54, 339.
Boseck, 846.
Bouchacourt, 179.
Bouchet, 159.
Boukoemsky, 715.
Bourgeois, 466.
Bourget, 139, 339.
Bousquet, 228.
Bouyer, 64.
Boyreau, 639.
Box, 105.
Boyd, 238.
Brauer, 168, 345.
Fraun, 126, 311.
Breton, 338.
Bricard, 531.
Bride, 530.
Brings, 134.
Brissaud, 824.
Broadbent, 492.
Broca, 88, 569.
Brocq. 171.
Brœckaert, 24, 165, 203.
Brœse van Groensu, 638.
Brugelmann, 851.
Bruhns, 133.
Bruni, 279.
Bruno, 285.
Brunon, 571.
Buberl, 679.
Buchaman, 307.
Buck. 392.
Budinger, 233.
Buff, 779.
Bullock, 354.
Bunge, 198.
Burlureaux, 51, 539.

Burnet, 245.
Burney Yeo, 343
Buscarlet, 742.
Busse, 715, 715.
Buxbaum, 93.

C

Cadajaldi, 461.
Calabi, 342.
Calabrese, 267.
Calot, 577, 612, 613, 742.
Camescasse, 860
Camp (de la), 58.
Campbell, 201.
Campbell Howard, 157.
Campe, 15.
Carnaday, 559.
Canon, 422.
Canonne, 211.
Capart, 315.
Carabelli, 606
Carles, 97, 387.
Carlier, 29.
Carnot, 341
Carrier, 67.
Carrière, 423.
Castaigne, 216, 576.
Castiglioni, 841.
Castresana Baldomero, 98.
Cathelin, 857.
Catillon, 194, 227.
Cattle, 565.
Caudron, 423.
Cautley, 106.
Cauvy, 73.
Cavaillon, 641.
Cavalier Bénézet, 231.
Cazin, 750.
Cerf, 432.
Cerné, 776.
Challamel, 554.
Chambrelent, 426.
Chanoz, 600, 737.
Chaptal, 288.
Chaput, 499.
Chaput, 808.
Charrin, 325, 361.
Charteris, 34.
Chassevant, 13, 109.
Chatin, 604
Chauffard, 93, 520.
Chauveau, 855.
Chauvin, 531.
Chavannaz, 17.
Chénieux, 281.
Chevalier, 51, 120, 155, 336.
Chevé, 88.
Chevrotier, 754.
Chidichimo, 572.
Cirera Salse, 350.
Claret, 33.
Clayton Greene, 714.
Clemens, 32.
Clément, 89.
Cline, 63.
Clubbe, 140.
Cohn, 56.
Cohn-Kindborg, 781.
Colbeck, 852.
Coley, 234.
Cohn, 788.
Colin, 788.
Colleville, 22.
Colley, 162.
Colombo, 569, 850.
Combe, 653, 685.
Comby, 822.
Concetti, 426.
Conti, 418
Coplin, 389.
Cordeiro, 268.
Courtade (D.), 346, 391.
Coville, 159.
Cowles, 421.
Cozzolino, 429.
Craig, 449.
Crandall, 247.
Crawfurd, 783.
Crisp. English, 348
Croftan, 376, 417.
Croom, 702.
Cumston, 246.
Curti, 341.
Curtis, 633
Czerny, 778.

D

Daguet, 627.
Dalché, 771.
Dambrin, 20.
Demo, 419.
Danlos, 13.
Darier, 115, 373, 395.
Darker, 840.
Davydov, 676.
Dean, 415.
Daenesly, 87.
Debeyre, 232.
Debove, 576.
Decrossas, 208.
Dehanz, 20.
Dehau, 359, 432.
Déjérine, 276.
Delagenière, 18, 738.
Delbet, 22, 93, 378.
Delbet (Paul), 384.
Deléarde, 167.
Delherm, 95.
Delobel, 316.
Demoulin, 18, 560.
Depage, 738.
Deschamps, 371.
Désesquelles, 227.
Desnos, 462, 677.
Desplats, 133, 596.
Destot, 360.
Deucher, 52.
Deutschlaender, 303.
Deutschlander, 384.
Devraigne, 540.
Diederich, 756.
Dieulafoy, 385, 454, 674.
Dionisio, 317.
Dœnitz, 523.
Dohan, 640.
Doland, 357.
Dold, 502.
Dominici, 645, 717.
Donnys Jarnio, 466.
Dorsay Hecht, 21.
Douglas, 776.
Doumer, 341, 535, 563.
Downes, 412.
Doyen, 738, 778.
Drobny, 749.
Dubois, 13, 120, 167.
Dubois-Havenith, 351.
Duchastelet, 820.
Duchesne, 526.
Ducournau, 531.
Dufour, 703.
Dufourt, 272.
Duhot, 319, 459, 535.
Duméay, 711.
Dupeyrac, 242.
Dupuy, 283.
Dupuy-Dutemps, 784.
During, 64.
Dutt, 457.
Dutton Steele, 164.
Duval, 465, 568.
Dyme, 814.

E

Eastman, 239.
Ebstein, 377
Eckstein, 634.
Edinger, 312
Edred Corner, 19.
Edsall, 562.
Edwards, 16.
Ehermayer, 266.
Ehrlich, 234.
Eichhorst, 344.
Einhorn, 849.
Elischer, 777.
Elsner, 774.
Engel, 777.
English, 15.
Enriquez, 416.
Erdmann, 123.
Erich Lexer, 304.
Escat, 815.
Eschbach, 378.
Eschweiler 142.
Escuderocarsi, 451
Ewald, 199.
Ewart, 14, 737.
Eve, 381.

F

Fabre (M.), 709.
Farabeuf, 432.
Faure (J.-L.), 68, 432.
Fedde Fedden, 56.
Féré, 213.
Ferrand, 341.
Ferrien, 247.
Feuillié, 216.

Fiessinger, 490, 491, 632, 707, 848.
Filarétopoulo, 856.
Finder, 206.
Finisco, 416.
Finizio, 428.
Finkelburg, 198.
Fiori, 68.
Fiquet, 735.
Fischer, 413.
Fischmacher, 125.
Fock, 781.
Folet, 486.
Forbes Hawkes, 123.
Forchheimer, 599.
Forlanini, 671.
Forrest, 664.
Forster, 347.
Fournier, 69, 256, 846.
Fournier (Alfred), 145.
Foveau de Courmelles, 397, 530, 639, 717.
Fox, 637.
Français, 780.
Francillon, 288.
Frank, 644.
Fraenkel, 633.
Fraser, 268.
Frenkel, 603, 792.
Friedlander, 98.
Fuente (J. de la), 278.
Fuller, 68.
Fullerton, 315.
Furet, 855.
Furst, 386.

G

Gaignerot, 451.
Galiaux, 176.
Gallois, 51, 86, 536.
Gamble, 31.
Gant, 414, 669.
Ganz, 213.
Garcean, 571.
Garcia y Marin, 158.
Gardner, 857.
Garland, 230.
Gastou, 208, 284.
Gaucher, 521, 532.
Gaucher, 521.
Gaultier, 447, 540.
Gelpke, 637.
Géraud Bonnet, 143.
Gerhardt, 524.
Gibbon, 55.
Gibson, 631
Gilbert, 251, 608, 844.
Gildersleeve, 273.
Gillet, 562.
Gluck, 65.
Godts, 316.
Goebel, 607.
Goldberg, 749.
Goldwais, 667.
Gonzalez Alvarez, 16.
Gouget, 640.
Goyens, 485.
Gramegna, 313.
Grancher, 757.
Grasser, 122.
Grassmann, 141.
Graux (Lucien), 719.
Grenet, 416.
Grey Turner, 122.
Griffith, 643.
Grube, 557.
Grunwald, 30, 559.
Guérin, 641.
Guhr, 351.
Guillemot, 822.
Guthrie, 121, 452.
Guthrie Rankin, 238, 338.
Guyon, 209, 246, 279, 713.

H

Habicht, 177.
Haedicke, 202.
Hall, 207.
Hall Birchmore, 248.
Halley, 130.
Hallopeau, 746.
Halma-Grand, 669.
Halsted, 24.
Hamm, 171.
Hansen, 633.
Hardaway, 637.
Haret, 69.
Harmon Smith, 419.
Harris, 493.
Harrison, 714.
Hartenberg, 130, 239.
Hartmann, 18, 87.
Hasenbrock, 599.
Hasting, 138.
Hauser, 247.
Haussmann, 740.
Haynes, 706.
Hébert, 846.
Hecht, 22, 133, 850.
Hédouin, 641.
Heilbronner, 813.
Heile, 680.
Heimann, 711.
Heitz, 457, 491, 683.
Helsmoortel, 205.
Herff, 98.
Heubner, 752.
Hobs, 304.
Hochsinger, 31.
Hoffa, 160.
Hoffmann, 214, 275.
Hogge, 536.
Hollaender, 383.
Hollander, 316.
Holmes, 309.
Holub, 847.
Homer Wakefield, 526.
Hoppe, 847.
Hotz, 603.
Hougardy, 701.
Houzel, 130.
Hoyten, 591.
Huart, 342.
Huchard, 388, 180, 455, 469, 707, 838.
Hugh Lett, 196.
Hudovernig, 814.
Humble, 204.
Hutchinson, 271.

I

Ibanez Campos, 321.
Ide, 249, 858.
Iglesias, 500.
Imbert, 592.
Ingelrans, 529.
Ingles, 631.
Ioteyko, 177.
Irving Fisher, 745.
Iselin, 320.
Israël, 526.
Ito, 741.

J

Jaboulay, 449, 666.
Jackson, 23.
Jackson, 63.
Jacqueau, 100.
Jadassohn, 675.
Janet, 243.
Janeway, 563.
Jaquerod, 202.
Jaulin, 772.
Javal, 72, 468.
Jaworski, 681, 849.
Jayle, 87.
Jeanbrau, 87, 713.
Jeanne, 415, 571.
Jeliffe, 62.
Jessen, 100.
Jiori, 354.
Jocqs, 817.
Johnson, 244, 424.
Jordan, 105.
Joseph, 135.
Josephson, 324.
Josias, 7, 225.
Joubert, 493.
Joukowsky, 702.
Jougalez-Ubieux, 460.
Joulebine, 131.
Jounkin, 272.
Jovane, 429.
Juilerat, 108.
Jullien, 67.
Jullien, 320.
Jullien, 351.
Junker, 609.
Jurnitschek, 646.

K

Kammann, 531.
Kamprath, 460.
Karwoski, 286.
Karl, 676.
Karlinski, 787.
Keating-Hart (de), 454.
Keen, 125.
Kellner, 853.
Kelly, 138, 423, 464.

Kelsey, .06.
Kingston Fowler, 340.
Kionka, 736
Kirkpatrick, 495.
Kirmisson, 144.
Kirschner, 70.
Klein, 269.
Klimek, 62.
Knopf, 59, 131.
Koch, 850.
Koerner, 170.
Konoplev, 557.
Kopetzky, 313.
Kornfeld, 28.
Kraske, 306.
Kraus, 135, 739.
krause, 347.
Krecke, 163, 307.
Kronlein, 309.
Kreuzfuchs, 357.
Kuhn, 785.
Kubinyi (von), 138.

L

Labbé, 169, 772.
Labit, 252.
Lacassagne, 215.
Lacheny, 848.
La Fétra, 744.
Lagrange, 310
Lalesque, 105.
Lambert, 29, 136, 464, 534.
Lambret, 237, 742.
Lamoureux, 846.
Lancereaux, 433, 812.
Landers, 558.
Landouzy, 683.
Langdon Brown, 703.
Lange, 784.
Langevin, 849.
Lannois, 53.
Lapeyre, 751.
Laquerrière, 95, 592.
Lassar, 498.
Laqueur, 230.
Lauder Brunton, 70
Laufer, 51.
Laumonier, 51, 119, 802.
Launois, 277.
Laurens, 102, 252.
Laurent, 99, 390.
Lavenant, 216, 244.
Lawrason Brown, 600.
Lawrence Flick 745.
Lazarus, 235.
Lebeaupain, 734.
Lebeaupin, 375.
Lecène, 485.
Le Clerc, 271.
Ledoux-Lebard, 359, 432.
Leduc, 754.
Lefèvre, 560.
Le Fèvre, 842.
Le Fur, 422.
Leg, 176.
Le Gendre, 86, 496, 496, 729.
Legendre, 734.
Legrain, 749.
Legueu, 136, 210, 245, 279, 321, 425, 463, 684.
Lehmann, 860.
Lejars, 88, 166, 195, 274, 382, 456, 692, 737, 752.
Lejars, 752.
Le Marc'hadour, 349.
Lemoine, 524, 805.
Lenormant, 490.
Leo, 484, 525, 670.
Lereboullet, 608, 844.
Leredde, 172, 284, 533, 710.
Lesage, 720.
Lexer, 303.
Lewis, 353.
Lews-Beesly, 410.
Letulle, 288.
Lexer, 558.
Liefschutz, 91.
Lilienfeld, 213.
Lindsay Dickson, 665.
Linossier, 53, 222.
Lippens, 859.
Lippmann, 648.
Lloyd, 596.
Locke, 559.
Loeffler, 126.
Loeper, 216.
Loerwenberg, 356.
Loomis, 167.
Lohrer, 601.
Lomax, 487.
Loquin, 573, 790.
Lorand, 525.
Lorenzelli, 308.
Lotheiseen, 124.
Lots, 239.
Loubet, 668.
Loumeau, 174, 280.
Lucas, 324.
Lucke, 135.
Ludke, 158.
Lumière, 119.
Lyon (Gaston), 36.
Lumière, 447.
Lundie, 522.
Luraschi, 606.
Luys, 103.

M

Maass, 286, 537.
Mac Callum, 810.
Mac Cardie, 249.
Mac Cuen Smith, 420.
Mac Cullagh, 349.
Mac Dill, 462.
Macdonald, 346, 705.
Mackensie Davidson, 421.
Madison Taylor, 168.
Magnan, 459.
Magnani, 99.
Magrassi, 790.
Malherbe, 66, 458.
M'Allum, 91
Malvezin, 684.
Mandrila, 210.
Mankiewitz, 856.
Mann, 314.
Manouvriez, 180.
Manquat, 771, 802, 819.
Maragliano, 621, 649.
Martin, 90, 281, 306, 468, 813.
Martinet, 157, 236, 429, 860.
Marvel, 489.
Masip, 466.
Massalongo, 313.
Masselon, 541, 576.
Massot, 426.
Mathieu, 408.
Maurat, 104.
Mautner, 608.
Mayer, 747, 790.
Mayo, 205.
Mayo Robson, 595
Mayor, 60.
Mayweg, 603.
Max Joseph, 640.
Mazzini, 351.
Meltzer, 106.
Melzi, 315.
Mendel, 323, 390.
Mendès, 823.
Méry, 822.
Meschersky, 207.
Meunier, 58, 779.
Meurice, 822.
Meyer, 598.
Michaux, 281.
Michel, 740.
Michon, 776.
Miles, 488, 630.
Milhit, 128.
Miller, 716.
Milroy, 850.
Minet, 209, 461.
Minor, 812.
Miranda (de), 850.
Miserocchi, 32, 356.
Mitchell Bruce, 96.
Mitjavila, 166.
Mohr, 388.
Moll, 175, 176.
Moncour, 97.
Mongour, 628.
Monier-Williams, 382.
Monnet, 103.
Monod, 674.
Monsseaux, 641.
Montennis, 127.
Montfort, 244.
Monthus, 636.
Morache, 35.
Morel, 607.
Morestin, 88, 738.
Moreston, 379.
Morin, 851.
Morris, 751.
Morrissey, 60.
Moschcowitz, 172.
Moscou, 750.
Motais, 287.
Mougeot, 228, 337, 491, 501.

Moure, 240.
Moynihan, 560.
Muller, 675.
Munter, 840.
Murat (Louis et Paul), 540.
Musser, 92, 97.
Murray (Flora), 345.

N

Naegali-Akerblom, 531.
Nammack, 412.
Napalkon, 383.
Narich, 464.
Nattan-Larrier, 323.
Navada, 448.
Navarro, 456.
Nazarov, 275.
Nemery, 496
Neubauer, 358.
Neumann, 567, 609.
Neurath, 283.
Newton Pitt, 158.
Nias, 599.
Nigay, 387.
Nigoul, 344.
Niles, 130.
Nilus, 195.
Nittis (de), 413.
Noé, 683.
Noguès, 173.
Noir, 667.
Noratt, 738.
Novoa, 456.
Nutritziano, 60.

O

Oettinger, 853.
Oger de Spéville, 132.
Okouneff, 816.
Oliver, 210.
Ombrédanne, 807.
Orlovsky, 311.
Oppenheim, 216, 819.
Osgood, 559.
Ostwalt, 79.
Ott, 418.
Oxford, 288.

P

Painter, 53.
Paisseau, 773
Palmer, 675.
Pardoe, 642.
Parisot, 319.
Parisot, 814.
Pascault, 127
Pasteau, 464.
Patein, 85.
Patel, 356.
Patois, 270.
Pauchet, 161, 174.
Pautrier, 27.
Pénard, 36.
Penkert, 308.
Permossi, 411
Perrin, 319.
Perrot, 194
Petit, 337.
Petit (R.), 384.
Pfahler, 236.
Phenomenov, 606
Phocas, 166.
Piccinino, 431
Piérart, 340.
Pieri, 197.
Pierre, 596.
Pila, 33.
Punton, 633.
Pillement, 786.
Pinard, 824.
Pincussohn, 456.
Pini, 34.
Planta, 712.
Plesch, 381.
Pluyette, 237.
Pockhammen, 339.
Poel (van der), 28
Poirier, 288.
Polin, 252.
Pollack, 200.
Poltavtzev, 278.
Poncet, 305.
Pons, 535, 560.
Porcher, 144.
Porter, 664.
Posner, 174, 322.
Potheau, 34.
Potheray, 739, 808.
Pottier, 665.
Pocicel, 806.
Pouchet, 1.
Pousson, 426, 713.
Pouziani, 750.
Pozzi, 858.
Pozzi-Escot, 504.
Preble, 641.
Price Brown, 786.
Princeteau, 752, 753.
Profanter, 282.
Proust, 144, 748.
Plym (Oscar), 23.

Q

Quénu, 166, 197, 449, 276.
Queyrat, 603.
Quinton, 155.

R

Raab, 564.
Rahn, 139.
Ranke, 23.
Raoult, 786.
Raphaël, 681.
Rathery, 216.
Raymond, 13, 494, 526.
Rayo, 160.
Reboul, 104
Reclus, 30, 107, 824.
Reclus, 824.
Redard, 711, 742.
Redart, 638.
Reginald Alderson, 125.
Redlich, 707.
Régnier, 161, 195, 684.
Reina, 26.
Reines, 711.
Renault, 442, 821.
Reneau, 721.
Renner, 99.
Rénon, 203.
Reuss, 703.
Reynier, 454.
Reynolds, 280.
Reynolds Wilson, 425.
Rheinboldt, 410.
Ribas y Ribas, 55.
Ricard, 531, 808.
Richard, 64.
Richartz, 28.
Richter, 318, 773.
Riebold, 592, 599.
Rikdetts, 306.
Rissmann, 68.
Rissmann, 68.
Rist, 822.
Robin (Albert, 92, 127, 128, 181, 345, 390, 565, 742 825.
Rochard, 455.
Rochard, 455.
Rocher, 486.
Rockwell, 62.
Rodari, 488.
Roger, 829.
Rollet, 602.
Romberg, 705, 783.
Romme, 772.
Ronneaux, 704.
Roscher, 430.
Rosello, 212.
Rosenbach, 53.
Rosenstein, 409.
Rosin, 557.
Rosov, 572.
Ross Taylor, 707.
Rotgans, 231.
Rotschild (H. de), 716.
Rouet, 522.
Rouffilange, 709.
Rousseau-St-Philippe, 754.
Routier, 87, 269, 449.
Roux, 493.
Rovsing, 821.
Rüdiger, 277.
Rudinger, 632.
Rumpf, 59.
Rumpf, 597.
Rychner, 342.
Ruiz Cautrerias, 465

S

Saathoff, 747.
Sabouraud, 65.
Sadger, 97.
Sadger, 169
Sahli, 593.
Saint-Ange, 501.
Sainton, 217.
Sagle, 247.
Salge, 484.
Salonggi, 419.

Samuely, 810.
Santacana, 453.
Santos Fernandez, 27.
Santucci, 341.
Sanz Blanco, 26.
Sardou, 780.
Saubert, 602.
Saundby, 455.
Saundby, 562.
Saundby, 852.
Saundry, 785.
Savariaud, 276.
Sawyer, 274.
Schanz, 380.
Scheffler, 274.
Schiele, 636.
Schifone, 643.
Schilling, 233, 378.
Schoedel, 141.
Schoefer, 197.
Schoull, 375.
Schroeder, 386, 389.
Schroeter, 104.
Schuler, 175.
Schultz, 174
Schurmayer, 745.
Schüze, 212.
Scrini, 155.
Scrini, 734.
Sears, 268.
Sée, 680.
Segond, 201, 379.
Seifert, 710.
Sellei, 857.
Serguievsky, 240.
Sendral, 297.
Seneca Egbert, 339.
Sghirbach, 791.
Shannon, 248.
Shaw Bond, 61.
Sheldon Amos, 598.
Sherman Bonney, 672.
Shilling, 673.
Shoemaker, 529, 747.
Siegel, 18.
Siegel, 527, 845.
Simard, 137.
Simon, 85.
Simon (Robert), 119.
Siredey, 764.
Siter, 320.
Sittler, 644.
Smith, 174, 805, 839.
Smith Jerome, 279.
Smith (Eust,), 175.
Soltan Fenwick, 811.
Sommer, 242.
Sonnenburg, 561.
Sonnenschein, 341.
Souligoux, 640.
Spaether, 521.
Spiess, 229.
Spillmann, 195.
Spooner, 66
Staedhelin, 573.
Stanley Box, 388.
Starr, 778.
Staechelin, 573.
Stassano, 351.
Stenger, 170.
Steppens, 673.
Stern, 411.
Sternberg, 521, 565.
Stewart, 162.
Stich, 57.
Still, 607.
Stiller, 804.
Stockman, 594.
Stockmann, 842.
Stoeltzmer, 423.
Strauss, 562.
Stransky, 277.
Strasser, 255.
Struthers, 809.
Stuart Hart, 591.
Suarez de Mendoza, 324.
Sudnik, 604.
Sultan, 311, 353.
Suquet, 208, 421, 497.
Suter, 463.
Sutherland, 528.

T

Taguet, 810.
Taillens, 53.
Tansard, 211, 604.
Tasker Howard, 520.
Talamon, 814.
Tauszk, 141.
Taylor, 159, 307, 628.
Tedenat, 643.
Telitchenko, 127.
Teodorescu, 680.
Terrien, 500.
Terrier, 87, 201.
Thalmann, 638.
Theilhaber, 453.
Thébaud, 701.
Thiersch, 121.
Thistle, 804.
Thompson, 230, 353.
Thompson, 230.
Thorris, 498.
Thursfield, 352.
Tillaye, 453.
Tixier, 704.
Tissier, 200.
Tyson, 392.
Tobias, 127
Todd, 413.
Todd-White, 131.
Tomachevsky, 304.
Toubert, 451, 854.
Toussaint, 775.
Trastour, 244.
Trempiln, 678.
Trentwith, 66.
Treplin, 136.
Trousseau, 602, 816.
Tubby, 635.
Tubini, 393.
Tuffier, 87, 282, 383, 351.
Tyson, 16.

U

Udaeta (A. de), 282.
Uhel, 320.
Ullmann, 27, 350.
Unger, 141.
Nnna, 818.
Upshur, 21.
Ussher, 229.

V

Vaillard, 843.
Van den Wildenberg, 241.
Van Haelst, 233.
Van Reusselaer, 773.
Vaquez, 409.
Variot, 608.
Vassilidès, 171.
Vaudin, 13, 120.
Vautrin, 741.
Vazquez-Elena, 451.
Veiel, 791.
Venot, 486.
Verdalle, 377.
Verhoogen, 840.
Verliac, 203.
Veyrassat, 342.
Vietts, 712.
Vigier, 85
Vignart, 808.
Vigouroux, 585.
Vikentiev, 676.
Villar, 676, 780.
Vincent, 360.
Vitry, 169.
Vogelsanger, 138.
Voisin (J. et R.), 708.
Volland, 129, 782.
Von Brunn, 303.
Von Haberer, 607.
Von Hacker, 567.
Von Stubenrauch, 311.
Vulliet, 775.
Vulpius, 570.

W

Waggett, 102.
Walther, 198.
Wattez, 646.
Wayne-Babcock, 385.
Weclewski, 33.
Weil, 228, 805.
Weiss, 740.
Weisselberg, 595.
Welsch, 273.
Wendel, 56.
West, 355.
Wicart, 495.
Wicherkiewicz, 100
Wickmann, 284.
Widal (Fernand), 468, 554.
Widermann, 158.
Wilder Tileston, 629.
Will-Ewart, 345.
Williamson, 702.

Willins, 321.
Wills, 790.
Wilms, 494
Wiltse, 673
Winckelmann, 95.
Winters, 32
Wise, 209.
Wiseman, 774.
Wohlgemuth, 668.
Woltke, 523.
Wood Clarke, 666.
Woodburg 340
Woods, 732.
Wormser, 747
Wright, 133.
Wullyamoz, 779.
Wunsch, 247.

Y

Young, 29.

Z

Zablotzky, 96.
Zambelli, 313, 419.
Zanetti, 357.
Zaoussaïlov, 127.
Zebele, 266.
Zelenkovsky, 318.
Zenzes. 29
Zezschwitz, 309.
Ziembicki, 739.
Zoge von Manteuffel, 339.
Zollikofer, 670.
Zukerkandt, 566
Zum Busch, 267.
Zwillinger, 101.
Zur Verth, 384.

Paris. — G. Camproger, 52, Rue de Provence. *Propriétaire-Gérant* : R. BLONDEL

HIC
810+